



# Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 12 , NÚMERO 1

### CONSELHEIROS EFETIVOS

PRESIDENTE:

**Betânia Maria Pereira dos Santos** (Coren-PB nº 42.725)

VICE-PRESIDENTE:

**Antônio Marcos Freire Gomes** (Coren-PA nº 56.302)

PRIMEIRA-SECRETÁRIA:

**Silvia Maria Neri Piedade** (Coren-RO nº 92.597)

SEGUNDO-SECRETÁRIO:

**Oswaldo Albuquerque Sousa Filho** (Coren-CE nº 56.145)

PRIMEIRO-TESOUREIRO:

**Gilney Guerra de Medeiros** (Coren-DF nº 143.136)

SEGUNDO-TESOUREIRO:

**Wilton José Patrício** (Coren-ES nº 68.864)

**Helga Regina Bresciani** (Coren-SC nº 29.525)

**Daniel Menezes de Souza** (Coren-RS nº 105.771)

**Vencelau Jackson da Conceição Pantoja** (Coren-AP nº 75.956)

### CONSELHEIROS SUPLENTE

**Claudio Luiz da Silveira** (Coren-SP nº 25.368-IR)

**Dannyelly Dayane Alves da Silva** (Coren-AL nº 271.580)

**Emília Maria Rodrigues Miranda Damasceno Reis** (Coren-TO nº 122.726)

**Josias Neves Ribeiro** (Coren-RR nº 142.834)

**Ivone Amazonas Marques Abolnik** (Coren-AM nº 82.356)

**Leocarlos Cartaxo Moreira** (Coren-MT nº 12.054-IR)

**Lisandra Caixeta de Aquino** (Coren-MG nº 118.636)

**Marcio Raleigue Abreu Lima Verde** (Coren-AC nº 85.068)

**Tatiana Maria Melo Guimarães** (Coren-PI nº 110.720)



## CORPO DIRETOR DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO 2021



### Betânia Maria Pereira dos Santos

Diretora Presidente

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB (1988), especialista em Cuidados Intensivos pela UFPB (1991), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2001) e doutorado em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia-UFBA (2013). Possui licenciatura pela UFPB (1988). Portadora do título de Estudos Avançados em Proficiência em Pesquisa pela Universidade de Extremadura Badajoz-Espanha. Laborou como Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva do Pronto Socorro Municipal de João Pessoa, Enfermeira no município de Cabedelo (1999-2004), onde coordenou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS (1995-1996). Foi Professora da Faculdade de Enfermagem Santa Emília de Rodat (1997-2004). É docente de Enfermagem da ETS/Universidade Federal da Paraíba e Coordenadora do Curso Técnico de Enfermagem da UFPB, membro do Comitê de Ética de Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Atuou como Conselheira Federal efetiva por duas gestões (2006-2008 e 2009-2011) e integrou a diretoria do Coren-PB por dois mandatos (2012-2014 e 2015-2017). Atualmente é presidente do 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). Especializações 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 Desenvolvimento 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.



### **Jose 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 sanduíche 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 Anhuera. 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. Escreve, publica e pesquisa sobre boas práticas de comunicação, políticas públicas, gestão pública, governança, competências e mídias digitais.



### **Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda Cavalcanti**

Editora Associada

Enfermeira Graduada e Licenciada Plena pela UFPB (1988). Graduada em Direito. Pós-graduada em Administração Hospitalar e Sanitária, Cuidados Intensivos e Enfermagem Forense. Especialista em Gerenciamento em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UFPB (1993). Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ/RJ, linha de pesquisa Direito, Saúde e Cidadania (2013). Título de Estudos Avançados com Proficiência em Pesquisa pela Universidade de Extremadura Badajoz-Espanha (2002). Professora Adjunta da Universidade Federal da Paraíba do Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem Clínica desde 1993. Foi Gerente de Fiscalização e Presidente do COREN-PB (2001 a 2005). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde da Pessoa em Condições Críticas - GEPSPCC da UFPB. Possui experiência na assistência e gestão dos serviços de enfermagem e da saúde, onde assumiu vários cargos. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária. É autora e organizadora de livros, além de cartilhas para usuários dos serviços de saúde. Desenvolve pesquisa em presídios, investigando a saúde do preso.



### **Fernando Rocha Porto**

Editor Associado

Enfermeiro e Historiador. Doutor em Enfermagem com pós-doutoramento pela USP. Docente Associado da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Materno-Infantil, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, história, imprensa escrita, imagem, cuidado e cultura.



### **Ana Lucia Queiroz Bezerra**

Editora Associada

Enfermeira graduada pela Universidade Católica do Salvador. Pedagoga. Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem. Doutorado em Enfermagem e Pós-Doutorado pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação, líder do Grupo de Estudos em Gestão de Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem (GERHSEN). Membro da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) e da Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP). Pesquisadora nas áreas de administração em serviços de saúde e Enfermagem, formação de recursos humanos e segurança do paciente. Bolsista de Produtividade do CNPQ. Avaliadora de Cursos de Graduação em Enfermagem pelo INEP, MEC.

**Tecnologia da Informação: Leonardo Mangueira**

**Bibliotecário: Filipe Araujo Soares**

**Estagiário: Gabriel Mayrink Silva Moura**

## EDITORIAL

06

**AS ORGANIZAÇÕES, AS PESSOAS E A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

## ARTIGOS ORIGINAIS

07

**INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS: CUIDAR E SER CUIDADA**

Carine de Jesus Soares, Edite Lago da Silva Sena, Sâmia de Carliris Barbosa Malhado, Patrícia Anjos Lima de Carvalho, Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos, Bárbara Santos Ribeiro

13

**NOVO CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM DOCUMENTO INOVADOR**

Rudval Souza da Silva

20

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE**

Amanda Santos Andrade, Josivânia Santos Lima, Ana Dorcas de Melo Inagaki, Caíque Jordan Nunes Ribeiro, Luzineide de Jesus Bezerra Modesto, Mariana Costa Larré, Ana Cristina Freire Abud

26

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FOCO NO PROBLEMA E NOS RISCOS**

Alexsandra Martins da Silva, Kátia Cilene Godinho Bertoncello, Tatiana Gaffuri da Silva, Lúcia Nazareth Amante, Stephanie Conceição de Jesus

33

**FORMAÇÃO ACADÊMICA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS PARA A PRÁTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Wagner Maciel Sarmiento, Poliana Carla Batista de Araújo, Bruno Neves da Silva, Cicera Renata Diniz Vieira Silva, Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, Gerlane Cristinne Bertino Vêras

40

**COMPREENDENDO O ATENDIMENTO PRESTADO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERCEPÇÃO FAMILIAR**

Allana Roberta da Silva Pontes, Paula Antunes Bezerra Nacamura, Marcelle Paiano, Maria Aparecida Salci, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, Lígia Carreira, Jéssica dos Santos Pini, André Estevam Jaques

47

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Ana Mabel Sulpino Felisberto, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt, Antonia Oliveira Silva, Maria Miriam Lima da Nóbrega

54

**ANÁLISE DO DISCURSO DE GESTORES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE**

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Clélia Albino Simpson, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, Tatiane Aparecida Queiroz, Felismina Rosa Parreira Mendes, Pablo Ramon da Silva Carvalho

61

**MULHERES MASTECTOMIZADAS: FATORES EXCLUDENTES DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Yanny Dantas de Macedo, Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda Cavalcanti, Cesar Cartaxo Cavalcanti, Daiana Beatriz de Lira e Silva, Betânia Maria Pereira dos Santos, Sonia Maria Josino dos Santos, Jaqueline Ferreira Canuto, Gleydson Henrique de Oliveira Dantas

67

**SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE GESTANTES SOROPOSITIVAS E SORONEGATIVAS PARA O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA**

Elisangela dos Santos Marques, Géssyca Cavalcante de Melo, Thyara Maia Brandão, Anderson da Silva Moreira, Julya Thereza dos Santos Paixão

73

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS MÃES NA HOSPITALIZAÇÃO NEONATAL**

Nathalya Pereira Exequiel, Viviane Marten Milbrath, Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz, Jéssica Cardoso Vaz, Lavinia Lopes da Silva, Milena Munsberg Klumb, Simone Pont Zambonato Macluf

79

**ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL: DADOS DE CONTRARREFERÊNCIAS**

Otilia Beatriz Maciel da Silva, Elizabeth Bernardino, Olívia Luciana dos Santos Silva, Camila Rorato, Denise Jorge Munhoz da Rocha, Letícia Siniski de Lima

86

**A FAMÍLIA MEDIANTE HOSPITALIZAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Wagner Joab Muniz Ripardo, Silvana Rodrigues da Silva, Dirley Moreira Cardoso, Anneli Mercedes Celis de Cárdenas, Maria Virginia Filgueiras de Assis Mello

93

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS**

Thays Stefanon Rodrigues, Claudete Moreschi, Patrícia Bitencourt Toscani Greco, Roselaine Boscardin Espindola, Claudete Rempel

100

**BOAS PRÁTICAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS**

Giovanna da Silva Ferreira, Jeanine Geraldin Estequi, Camila Eugenia Roseira, Raissa Silva Souza, Rosely Moralez de Figueiredo

105

**MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESÃO POR PRESSÃO REALIZADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE TERAPIA INTENSIVA**

Bruna Amato Jordão Pinto, Dóris Sílvia Barbosa de Souza, Bruna Cury Borim, Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

111

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES PSÍQUICA E EMOCIONAL DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL GERAL**

Marcio Roberto Paes, Crystieidi Kiei Sasaki, Otilia Beatriz Maciel da Silva, Miriam Aparecida Nimtz

118

**SABERES DE ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA O AGIR EDUCATIVO**

Sâmela Stefane Corrêa Galvão, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, Alexandre Aguiar Pereira, Laura Maria Vidal Nogueira, Ana Paula Graim Mendonça de Araújo, Bruna Alessandra Costa e Silva Panarra

**ARTIGOS DE REVISÃO**

125

**QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

Júlio César Vieira Ferreira, Rafaella Pessoa Moreira, Glauciano de Oliveira Ferreira, Janiel Ferreira Felício

132

**VALORES PESSOAIS E PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS**

Tábata Cerqueira Nascimento Nobre, Ednalva Alves Heliodoro, Darci de Oliveira Santa Rosa

139

**DEZ COMPETÊNCIAS PARA ENSINO-APRENDIZAGEM DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

Patrícia Maria da Silva Crivelaro, Maria Belén Salazar Posso, Paulo Cesar Gomes, Sílvia Justina Papini

147

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS**

Magda Milleyde de Sousa Lima, Priscila Martiniano dos Santos, Dariane Veríssimo de Araújo, Joselany Áfio Caetano, Livia Moreira Barros

154

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO EM SAÚDE DE CRIANÇAS**

Barbara Vitória dos Santos Torres, Lindynês Amorim de Almeida, Rillary Caroline de Melo Silva, Jislene dos Santos Silva, Ana Carolina Santana Vieira

**ARTIGOS DE REFLEXÃO**

163

**COMPORTAMENTO SOCIAL FRENTE A SEGURANÇA DO IDOSO ACERCA DO RISCO DE QUEDA À LUZ DA FENOMENOLOGIA**

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira, Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo, Ana Maria Ribeiro dos Santos, Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino, Silvana Santiago da Rocha

168

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: COMPREENSÃO À LUZ DE SEUS PILARES E ELEMENTOS CONSTITUINTES**

George Luiz Alves Santos, Rosimere Ferreira Santana, Anderson Reis de Sousa, Gláucia Valente Valadares

174

**CUIDADO CLÍNICO E CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: CIRCUNSCREVENDO UM NOVO CAMPO CONCEITUAL**

José Jeová Mourão Netto, Maria da Conceição Coelho Brito, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Maria Célia de Freitas, Lúcia de Fátima da Silva, Lucilane Maria Sales da Silva

**RELATOS DE EXPERIÊNCIA**

179

**ESTÁGIO CURRICULAR EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL: REFLEXÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Francisco Willian Melo de Sousa, Francisco Marcelo Leandro Cavalcante, Jade Maria Albuquerque de Oliveira, Hiara Rose Moreno Amaral, Marcos Pires Campos, Ingrid Kelly Morais Oliveira, Tatiane de Sousa Paiva, Gabriela Marques Marinho

185

**AMPLIANDO CONHECIMENTOS SOBRE A PRÁTICA DAS INTERVENÇÕES ASSISTIDAS POR ANIMAIS A PARTIR DE OFICINAS INTERATIVAS**

Viviane Ribeiro Pereira, Valéria Cristina Christello Coimbra, Márcia de Oliveira Nobre, Camila Moura de Lima, Carolina da Fonseca Sapin, Fernanda Dagmar Martins Krug, Sabrina de Oliveira Capella, Débora Matilde de Almeida

191

**REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA TORÁCICA E ABDOMINAL**

Simony Fabiolla Lopes Nunes, Livia Maia Pascoal, Pedro Martins Lima Neto, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira, Anderson Gomes Nascimento Santana

**INOVAÇÃO TECNOLÓGICA**

196

**PROTOTIPAÇÃO DE GAME EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA**

Vânia Chagas da Costa, Keity Ranielly do Amaral Silva, Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix, Monique Maria de Lima Nascimento, Emanuela Batista Ferreira e Pereira

# AS ORGANIZAÇÕES, AS PESSOAS E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Ana Lúcia Queiroz Bezerra<sup>1</sup> (<http://orcid.org/0000-0002-6439-9829>)

<sup>1</sup>Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Thatianny Tanferri de Brito Paranaquá<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-0562-8975>)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

## Como citar:

Bezerra AL, Paranaquá TT. As organizações, as pessoas e a segurança do paciente. *Enferm Foco*. 2021;12(1):6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4706

As organizações de saúde têm como pressuposto principal promover a saúde de indivíduos ou grupos populacionais. No escopo de suas atividades, garantir respostas às necessidades de seus clientes, internos e externos, e assegurar o padrão de qualidade e a segurança da assistência, têm exigido dos gestores institucionais uma visão sistêmica e, por vezes, contingencial dos serviços de saúde.

Considera-se que as instituições de saúde representam organizações de alta complexidade, não só pela alta tecnologia exigida para o desenvolvimento de suas atividades, mas pelos sistemas psicossociais que significam, tendo como matéria prima o produto do homem, trabalhado pelo próprio homem. Nesse processo de produção de cuidado, há que se destacar ainda, a interação entre o homem e os diversos elementos que constituem um sistema de saúde. Frente ao dinamismo que o ambiente de assistência em saúde representa, a adoção de instrumentos que fundamentem e ampliem a capacidade de gerir a mudança organizacional, assim como reconhecer as pessoas, profissionais de saúde, como peças chave nesse processo, é fundamental. Nessa perspectiva, as organizações de saúde convivem com uma grande diversidade de aspectos profissionais que revela desafios à gestão com pessoas, especialmente, em relação aos profissionais de enfermagem que, além de sua representatividade numérica, tem composição heterogênea e condições históricas marcadas por contradições.

Considerando o pressuposto das organizações de saúde referido inicialmente e todos os fatores que movimentam o setor saúde, exige-se dos profissionais um padrão de desenvolvimento atualizado, mediado pela aquisição contínua de conhecimentos e habilidades cognitivas, assim como pela capacidade de processar informações, selecionar o que é relevante, aplicar o conhecimento no ambiente de prática e continuar aprendendo. Tais elementos são considerados indispensáveis para que as pessoas consigam conviver em ambientes saturados de informações, interrelações e interações.

Para sustentação desse contexto, as organizações de saúde necessitam desenvolver e manter uma cultura na qual o ambiente de trabalho tenha influência sobre a prática assistencial, a satisfação profissional, os resultados do cuidado e a segurança do paciente. Como exemplo disso Aiken et al (2008)<sup>(1)</sup> destaca os bons resultados

das organizações magnéticas ao recrutar, reter e motivar os profissionais de enfermagem, mostrando os efeitos favoráveis entre as ofertas de boas condições de trabalho, características da equipe e consequências positivas no cuidado.

Desse modo, deve ter como premissa nas instituições de saúde, valorizar o bem-estar de seus profissionais dentro do ambiente de trabalho e manter uma cultura de metas assistenciais associadas a programas educativos que visam a utilização eficiente e eficaz das pessoas, com foco na obtenção de resultados positivos e seguros, tendo o paciente e sua família como centro das ações de cuidado. Deve-se considerar que essas propostas atingirão mais facilmente seus objetivos, na medida em que reflitam uma cultura organizacional que tenha como crença o reconhecimento da importância do desenvolvimento da gestão com pessoas, como forma de se obter melhorias na qualidade de assistência de enfermagem. Sendo assim, as políticas organizacionais na saúde devem ser centradas na qualificação do desempenho das pessoas para uma atuação pautada nos princípios da qualidade e da segurança do cuidado, fundamentada na prática baseada em evidências.<sup>(2)</sup>

Essa exigência é primordial para melhor atender as necessidades de saúde, visto que as pessoas envolvidas com o gerenciamento da assistência têm dado especial atenção ao desenvolvimento dos integrantes da sua equipe, não somente em face da maior preocupação com a segurança do paciente durante a assistência, mas, também, em virtude do nível de competência do profissional lançado no mercado de trabalho. A prestação de uma assistência qualificada tem sido, nos últimos tempos, enfatizada como uma obrigação das instituições de saúde e das pessoas que dela fazem parte. Para o enfermeiro, a qualidade na prestação de um serviço, mais do que uma questão de compromisso profissional é, ainda, um meio de descobrir e permitir que se conheça o seu papel na equipe de saúde. Frente a isso, a gestão com pessoas, alinhada a outras frentes da gestão organizacional, deve gerir os processos assistenciais assegurando o planejamento e o controle das mudanças organizacionais, a fim de adequar os recursos e criar as estruturas necessárias que permitam, à equipe de saúde e de enfermagem, se desenvolver e desempenhar um exercício profissional seguro e de qualidade.<sup>(3)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Aiken LH, Buchan J, Rafferty AM. Transformative impact of magnet designation: England case study. *J Clin Nurs*. 2008;17:3330-7
2. Harada MJ, Pedreira ML, Peterlini MA, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006. p.1-18.
3. Bezerra, AL. O contexto da educação continuada em enfermagem. São Paulo: Lemare Martinari, 2003. p.21-6

# INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CONSUMIDORES DE DROGAS: CUIDAR E SER CUIDADA

FAMILY INCLUSION IN THE PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF DRUG CONSUMERS: CARING AND BEING CARED

INCLUSIÓN FAMILIAR EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS: CUIDADO Y CUIDADO

Carine de Jesus Soares<sup>1</sup>

Edite Lago da Silva Sena<sup>1</sup>

Sâmia de Carliris Barbosa Malhado<sup>1</sup>

Patrícia Anjos Lima de Carvalho<sup>1</sup>

Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos<sup>1</sup>

Bárbara Santos Ribeiro<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-7767-9443>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1236-8799>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0651-1835>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3247-5145>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9707-891X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3950-0374>)

## Descritores

Saúde mental; Família; Drogas ilícitas

## Descriptors

Mental health; Family; Illicit drugs

## Descriptores

Salud mental; Familia; Drogas ilícitas

## Recebido

11 de Março de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

extraído da dissertação intitulada "Percepção de profissionais de saúde mental sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial", defendida no ano de 2017, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

## Autor correspondente

Carine de Jesus Soares

E-mail: [carineesoares@hotmail.com](mailto:carineesoares@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a percepção de profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas.

**Métodos:** Trata-se de um estudo fenomenológico na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty. Foi realizado no interior da Bahia, Brasil, no primeiro semestre de 2016, com seis profissionais de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, por meio da técnica de Grupo Focal. As descrições vivenciais foram submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade.

**Resultados:** Após as análises, emergiu a seguinte categoria temática: o cuidado à família nas práticas de reabilitação psicossocial.

**Conclusão:** Compreendemos que a família é o núcleo essencial para as práticas de reabilitação psicossocial de consumidores de drogas, sendo percebida tanto como corresponsável pelo cuidado, quanto como necessitada de cuidados.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the perception of health professionals of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs about the family in the context of psychosocial rehabilitation of drug users.

**Methods:** This is a phenomenological study from the perspective of Maurice Merleau-Ponty. It was carried out in the interior of Bahia, Brazil, in the first half of 2016, with six mental health professionals from the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs, using the Focus Group technique. The experiential descriptions were submitted to the Ambiguity Analytical technique.

**Results:** after the analysis, the following thematic categories emerged: family care in psychosocial rehabilitation practices.

**Conclusion:** We understand that the family is the essential nucleus for the psychosocial rehabilitation practices of drug users, being perceived both as co-responsible for care, and as needing care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la percepción de los profesionales de la salud de un Centro de Atención Psicossocial para el Alcohol y las Drogas sobre la familia en el contexto de la rehabilitación psicossocial de los usuarios de drogas.

**Métodos:** Este es un estudio fenomenológico desde la perspectiva de Maurice Merleau-Ponty. Se llevó a cabo en el interior de Bahia, Brasil, en el primer semestre de 2016, con seis profesionales de la salud mental del Centro de Atención Psicossocial para el Alcohol y las Drogas, utilizando la técnica Focus Group. Las descripciones experimentales se sometieron a la técnica de análisis de ambigüedad.

**Resultados:** Después del análisis, surgieron las siguientes categorías temáticas: cuidado familiar en prácticas de rehabilitación psicossocial.

**Conclusión:** Entendemos que la familia es el núcleo esencial para las prácticas de rehabilitación psicossocial de los usuarios de drogas, siendo percibidos como corresponsables de la atención y como necesitados.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA, Brasil.

## Como citar:

Soares CJ, Sena EL, Malhado SC, Carvalho PA, Santos VT, Ribeiro BS. Inclusão da família na reabilitação psicossocial de consumidores de drogas: cuidar e ser cuidada. *Enferm Foco*. 2021;12(1):7-12.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3298

## INTRODUÇÃO

O paradigma da atenção psicossocial em saúde mental tem como principal fundamento o cuidado em nível do território, que se configura como estratégia para facilitar o atendimento das demandas dos usuários, criando com eles possibilidades de intervenções de saúde do ponto de vista de sua integralidade. Além disso, o objeto do cuidado da equipe de saúde atuante nos serviços substitutivos também deve se estender à família dos usuários, que deve ser percebida como integrante primordial no contexto das práticas cuidativas de si e do outro.

Para a promoção de um cuidado compartilhado torna-se fundamental a assistência e suporte psicossocial aos familiares, pois, as famílias enfrentam problemas, dificuldades ou eventos adversos que podem afetá-las significativamente. As demandas que surgem durante o processo de cuidar podem afetar a vida socioafetiva e econômica das famílias, que também vivenciam em sofrimento. Assim, entende-se que, além de aliados no processo de tratamento, os familiares também necessitam de cuidados.<sup>(1)</sup>

Na perspectiva do cuidado à pessoa que consome drogas de forma habitual se instituiu o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad), serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo foco principal é o desenvolvimento de ações relacionadas à reabilitação psicossocial dos usuários, bem como a promoção de cuidados aos familiares, estimulando-os para o compartilhamento de responsabilidades.<sup>(2)</sup>

Dessa forma, a reabilitação psicossocial pode ser compreendida como um arranjo terapêutico que deve estar em permanentes montagem, avaliação e engajamento, no sentido da produção de novos territórios e do desmonte dos regimes de saber-poder, que parecem inaptos a aceitar dissonâncias com suas práticas e discursos que obstaculizam o conflito e a negociação social.<sup>(3)</sup>

Embora a participação da família, na perspectiva psicossocial, tenha sido requisitada, no contexto do cuidado ao usuário do Caps ad, ela ainda é vista como algo novo, uma vez que, no modelo hospitalocêntrico, era entendida como causa do sofrimento psíquico, e, por isto, exigia-se o seu distanciamento.<sup>(4)</sup> Assim, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a família passa a ser protagonista do cuidado, representando a extensão mais importante do projeto terapêutico orientado e iniciado nos Caps ad, com vistas a torná-la aliada na manutenção das ações recomendadas por estes serviços.<sup>(5)</sup>

Logo, é necessária a criação de dispositivos de atenção e cuidado à família no Caps ad, o que contribui para que esta reconheça o seu papel de corresponsável pelo

cuidado de si e do outro durante o processo de reabilitação psicossocial do usuário.<sup>(2)</sup> Assim, notamos que a tríade usuário-família-equipe parece, efetivamente, ocupar o lugar de protagonismo nos processos de criação e transformação da dinâmica de produção do cuidado, uma vez que não podemos descartar nenhum destes núcleos ao pensar em estratégias de cuidado ao consumidor de drogas.<sup>(6)</sup>

Desse modo, o encontro da família com o serviço de atenção psicossocial abre a possibilidade de reinventar os espaços onde se podem tecer laços rompedores de linearidades e reducionismos da vida, proposta da política de saúde mental, que tem como foco a desinstitucionalização na perspectiva da (re)ativação dos encontros permeados pela implicação com o sujeito.<sup>(3)</sup> Portanto, compreendemos a relevância da elaboração e da organização de estratégias que visem à inserção da família nas práticas de reabilitação psicossocial do usuário do Caps ad, o que se configura como forma de cuidar dessa instituição, que também precisa de cuidados.<sup>(5)</sup>

Nessa direção, a pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender a participação da família no contexto da reabilitação psicossocial dos consumidores de drogas, de acordo com o olhar dos profissionais de saúde de um Caps ad, uma vez que são atores sociais que têm potencial para, por meio do comprometimento e da implicação com o outro, criarem formas de cuidar de si.

Optamos pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como aporte teórico-filosófico da pesquisa, por nos permitir uma experiência ontológica, sem a emissão de juízo de valor, ocupando-nos na desconstrução dos discursos naturalizados sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial, o que se configura como oportuno para que novos significados e práticas de cuidado do trinômio usuário-família-equipe sejam implementadas.

Diante do exposto, desenvolvemos o presente estudo a partir da seguinte questão de pesquisa: como os profissionais de saúde de um Caps ad percebem a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas? Assim, nosso objetivo foi compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas.

## MÉTODOS

O estudo foi conduzido à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty acerca da percepção humana. Tal abordagem se ajusta à pesquisa qualitativa que se ocupa em descrever as vivências, sem a preocupação em explicar os fatos e, desse modo, permite que a produção do conhecimento aconteça por meio da relação dialógica e intersubjetiva.<sup>(7)</sup>

O cenário da pesquisa foi um Caps ad de um município baiano, serviço destinado às práticas de cuidado a pessoas que consomem drogas de forma habitual. Funciona no município desde 2005, com uma equipe de saúde multidisciplinar, composta por oito profissionais de saúde, o que contribuiu para que o local se tornasse ideal para o desdobramento da pesquisa.

Inicialmente, apresentamos o projeto de pesquisa para a equipe de saúde, mas apenas seis deles se disponibilizaram a participar: uma enfermeira, duas psicólogas, um educador físico, um farmacêutico e uma terapeuta ocupacional. Quanto aos aspectos sociodemográficos dos participantes, destacamos que a faixa etária variou entre 28 e 47 anos, uma participante se declarou casada e os demais, solteiros; o tempo de atuação dos profissionais no serviço variou entre seis meses a dez anos, de modo que dois deles eram efetivos, dois eram estatutários e dois eram pessoas jurídicas.

Para a produção das descrições vivenciais, escolhemos a técnica de Grupo Focal (GF), realizada por meio de dois encontros, em uma das salas de atendimento do Caps ad, previamente agendados, com duração aproximada de uma hora e meia, no mês de Março de 2016. Elencamos como critério de inclusão do estudo a disponibilidade para participar dos encontros de GF.

Cada GF foi gravado em aparelho digital e, posteriormente, transcrito para análise. Os encontros de GF foram norteados pelos seguintes temas: fale sobre o que você entende por reabilitação psicossocial; comente sobre o que significa família para você; discuta sobre a participação da família no processo de reabilitação psicossocial do usuário do serviço.

O GF tem como função principal a possibilidade de estimular a interação dialógica entre os participantes, de modo que seu alcance de ação ultrapassa o papel do moderador<sup>9</sup>. Além disso, o GF permite a criação de um espaço de inter-subjetividade que contribui para o desvelar das vivências, permitindo a suspensão das teses de que as coisas são em si mesmas.<sup>(8)</sup>

Para compreender os vividos intencionais, utilizamos a técnica Analítica da Ambiguidade, fundamentada na fenomenologia merleau-pontyana, que se baseia na compreensão de que a percepção opera em um campo fenomenal no qual estamos inseridos, e que as nossas vivências são sempre dinâmicas e exprimem perfis de ambiguidades. Seguimos os seguintes passos para a operacionalização da técnica Analítica da Ambiguidade: transcrevemos as falas gravadas; organizamos as falas em forma de textos; realizamos leituras recorrentes e minuciosas; e, por fim,

buscamos permitir que os fenômenos se mostrassem a partir de si mesmos.<sup>(9)</sup>

O estudo seguiu as orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, disposição legal para pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o protocolo de nº 1.163.910- CAEE: 46620815.0.0000.0055.<sup>(10)</sup>

Foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os participantes fossem esclarecidos sobre o estudo e para que tivesse a garantia de que suas informações seriam identificadas por codinomes.

Sugerimos que os codinomes estivessem relacionados a uma obra do artista de Paul Cézanne, intitulada *Pot of Flowers* (Pote de Flores), visto que Merleau-Ponty admirava o trabalho de Cézanne, pois percebia que suas pinturas expressavam um resgate da natureza do sentir. Portanto, foram escolhidos os seguintes codinomes relacionados a flores: Cravo, Rosa, Margarida, Lírio, Girassol e Orquídea.

## RESULTADOS

A seguir, serão apresentadas os resultados que se referem à categoria “o cuidado à família nas práticas de reabilitação psicossocial”, constituída enquanto uma compreensão temática que emergiu das descrições vivenciais dos participantes do estudo ao se voltarem a questões relacionadas à família e ao contexto da atenção psicossocial.

### O cuidado à família nas práticas de reabilitação psicossocial

A partir da categoria temática, foi possível perceber que a família é vista como uma instituição essencial no processo de reabilitação psicossocial, uma vez que o paradigma de atenção à saúde mental tem como objetivo principal o compartilhamento de responsabilidades frente às ações de cuidado aos consumidores de drogas, como mostra a seguinte descrição:

*“Na verdade, no modelo assistencial da reforma psiquiátrica, a família faz parte do tratamento, mas o que acontece é que, muitas vezes, ela não se sente parte do tratamento, ela acha que o problema é do serviço de saúde e acabou. Ela não se sente preparada para olhar essa pessoa, ela chega no serviço de saúde, passa a situação e aqui não aparece mais. É assim, eu passo o problema, me sinto aliviada porque estou passando o problema e me isento da minha responsabilidade; ela não se sente corresponsável” (Rosa).*

Os discursos dos participantes nos fazem ver uma ambiguidade: ora a família é vista como corresponsável pelo cuidado, ora é percebida como necessitada de cuidados, como revela as seguintes falas:

*“Essa fuga é um mecanismo de defesa da própria família, ela lida o tempo todo com o problema e quer se ver livre dele; é um mecanismo que a família busca para sobreviver, pelo menos temporariamente. O cuidador sofre muito, é como se esquecesse o problema; se ele tiver lá, isso não vai existir aqui” (Margarida).*

*“O cuidador acaba precisando de cuidado; ele também é codependente” (Girassol).*

A ambiguidade entre cuidar e ser cuidada parece configurar-se como desafio para a equipe de saúde do Caps ad, uma vez que o cuidador familiar “acaba precisando de cuidado”. Logo, as ações desenvolvidas nos serviços substitutivos precisam envolver a família, com o objetivo de fazê-la reconhecida como agente fundamental para o desbravamento de práticas de reabilitação psicossocial do familiar que consome drogas de forma habitual.

O que aparece nas falas dos participantes é que a presença da família é vista apenas no momento do acolhimento, que consiste em uma exigência da equipe de saúde do Caps ad no momento da admissão do usuário, vindo, em seguida, o distanciamento:

*“Atualmente temos sentido pouca adesão das famílias; elas comparecem no momento do acolhimento, ansiosas, angustiadas em falar do problema, em trazer o familiar, mas depois desaparecem do serviço”. (Rosa)*

*“Se ela mantém-se afastada, ela não vai saber, então eles não sofrem porque eles não vão poder aplicar isso, e por isso se isentam. Então, uma maneira deles não sofrerem, de não sentir como é realmente cuidar de um usuário é não participar, é igual manter o modelo antigo, hospitalocêntrico”. (Margarida)*

Essas descrições revelam a postura dos familiares que, de um lado parecem desconhecer a proposta psicossocial, que visa ampliar o itinerário terapêutico dos consumidores de drogas e o poder de trocas sociais, ou seja, a família enxerga apenas o Caps ad como o único locus de cuidado ao usuário. De outro lado, parece que a resistência em conhecer a proposta constitui uma forma de se proteger contra as responsabilidades inerentes ao cuidado, que pode implicar em sobrecarga.

No entanto, algumas dificuldades dos profissionais foram mencionadas como justificativa para a baixa adesão dos familiares ao serviço, como revela a fala seguinte:

*“A maioria dos familiares ainda tem enraizado o modelo manicomial, e isso é complicado porque eles até verbalizam a mudança de paradigma, mas na prática acabam fazendo o contrário, ainda agindo como se o tratamento ideal fosse que a pessoa ficasse em um local isolado do mundo” (Cravo).*

*“O problema é grande porque ela não sabe lidar com essa situação, por isso que ela quer se ver livre do problema, porque ela não sabe lidar” (Lírio).*

*“Ele nunca vai deixar de ser usuário de um sistema, isso é uma marca. Infelizmente, ele carrega o rótulo” (Orquídea).*

Notamos a necessidade de haver o entrelaçamento entre as estratégias de cuidado e o compartilhamento de responsabilidades, principalmente com a família, no intuito de efetivar práticas de empoderamento, que se configuram como formas de cuidar de si e do outro.

Nessa perspectiva, a fala de Cravo nos remete à visão objetivista em relação ao cuidado ao consumidor de drogas, que demonstra estar pautada na ideologia cultural e que, a nosso ver, contradiz as práticas no campo da saúde mental, visto que busca a extinção de estereótipos e estigmas presentes no imaginário social.

Quando questionados acerca dos dispositivos sociais que os familiares poderiam, juntamente com o usuário, acionar para compor as ações de reabilitação psicossocial, foi possível que os profissionais identificassem os seguintes recursos:

*“Uma associação, uma igreja, cursos profissionalizantes; dentro da rede de saúde mental do município eu não enxergo muitas possibilidades” (Rosa).*

Além disso, no diálogo estabelecido nos grupos focais com os profissionais de saúde, foi visível o sentimento de impotência frente às práticas de reabilitação psicossocial, uma vez que as ações parecem não concorrer para a efetivação do modelo psicossocial, o que pode resultar na “cronicidade” do usuário, como demonstra a seguinte fala:

*“Na verdade, o que a gente acaba fazendo é cronicando o paciente porque não tem lugares que a gente possa enviar esse pessoal; é uma reforma psiquiátrica que veio para mudar, mas parece que há uma pedra no*

*meio do caminho; a gente acaba por se sentir impotente” (Margarida).*

Diante do exposto, o que parece estar ocorrendo é uma encruzilhada entre o saber e o agir no contexto da reforma psiquiátrica, pois apesar da instituição do arcabouço político em saúde mental, que possibilitou a emancipação de novas formas de cuidar do consumidor de drogas e sua família, com aportes que visam à aproximação do usuário com o território existencial, percebemos que é necessária a superação de vários desafios para a consolidação do modelo substitutivo, sendo um deles a urgência do agir efetivo do profissional da saúde para além dos espaços dos centros de atenção psicossocial.

Embora os serviços substitutivos representem um avanço no campo da saúde mental, ainda nos deparamos com barreiras que se contrapõem à ideologia para o qual foram planejados. Desse modo, as práticas e discursos naturalizados acabam por não trabalhar as potencialidades do trinômio usuário-família-equipe, pois não definem ações sob a perspectiva da singularidade e da transcendência do cuidado para além dos muros do serviço.

## DISCUSSÃO

As descrições revelam que os profissionais percebem a família como indispensável ao cuidado no campo da saúde mental, mas, por outro lado, eles também percebem que a família não se faz presente no contexto do Caps ad. O perfil que se mostra a nós é que o distanciamento da família pode ser percebido como cuidado irrefletido de si, uma alternativa de fuga do processo, visto que o ato de cuidar está atrelado à preocupação e responsabilização com aquele que está sendo cuidado.<sup>(11)</sup>

Nesse sentido, uma das possibilidades de intervenção é a visita domiciliar, pois é uma forma de conhecer as demandas das famílias e tecer, juntamente com elas, projetos terapêuticos, sendo utilizados os recursos presentes nas redes sociais do território<sup>4</sup>. Trata-se de estabelecer alianças entre todos os atores envolvidos nesse processo: usuário, familiar, equipe e comunidade, para ampliar o itinerário terapêutico dos usuários<sup>1</sup>. Para tanto, é essencial que a família e equipe compreendam a lógica do cuidado em saúde mental, no que concerne ao reconhecimento de que a reabilitação acontece quando há o envolvimento da instituição familiar nas práticas de cuidados.

Chamamos atenção para a forma como o ato de cuidar pode ser percebido, uma vez que não deve ser executado como função ou incumbência da pessoa que o exerce, mas no reconhecimento de que o cuidado faz parte de um

processo intersubjetivo de cuidar e, ao mesmo tempo, ser cuidada.<sup>(12)</sup>

Outrossim, uma das primeiras preocupações da equipe de saúde do Caps ad deverá estar relacionada ao esclarecimento aos familiares sobre os rumos da política de saúde mental e das atividades desenvolvidas no serviço, quais os seus objetivos e as suas demandas. O que notamos é que a aproximação entre a família e o serviço tem se tornado algo complexo devido a dificuldade dos familiares em compreender as novas práticas no campo da saúde mental, bem como pelo fato de o serviço não os perceber como parte do cuidado, ao interagir com eles de forma apenas pontual.<sup>(4)</sup>

Embora a família tenha papel fundamental no sucesso da reabilitação psicossocial, é importante ressaltar que esse envolvimento é um processo recente, se considerarmos que, há cerca de uma década, o único modelo de cuidado era o hospitalocêntrico. Portanto, a participação da família no processo de reabilitação psicossocial ainda é incipiente, restringindo-se às reuniões/grupos de família que discutem assuntos relativos à medicação e a como lidar com alguns comportamentos inerentes ao sofrimento psíquico.<sup>(13)</sup>

Assim, a efetiva participação da família no cuidado ao usuário do Caps ad acontece quando há relação de vínculo com os profissionais atuantes nesse serviço de saúde, pois facilita o desenvolvimento da autonomia, mediante a responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos responsáveis pelo cuidado. Na prática em saúde mental, o vínculo pode ser visto como tecnologia leve de cuidado; pauta-se na construção de laços afetivos entre trabalhadores do Caps ad, usuários e familiares na busca de resolutividade para as demandas dos usuários.<sup>(12)</sup>

No contexto de nossa reforma psiquiátrica, torna-se relevante estimular a família para práticas de cuidados que podem acontecer em outros espaços sociais, como por exemplo: eventos de saúde mental, movimentos sociais, participação em conselhos comunitários, entre outros. Dessa forma, a participação em eventos de saúde mental e movimentos sociais são momentos essenciais que possibilitam a reativação de vínculos sociais.<sup>(4)</sup> Tais estratégias permitem a abertura a possibilidades de mobilização dos familiares para a reivindicação de direitos, como à cidadania livre de estereótipos sociais.<sup>(6)</sup>

Destaca-se, como limitação, a realização do estudo em apenas um município baiano de pequeno porte, o que sugere cautela quanto a generalização dos resultados obtidos, ademais, nem todos os profissionais de saúde do Caps ad se disponibilizaram a participar da pesquisa.

As evidências do estudo em questão contribui para o campo organizacional do processo de trabalho dos

profissionais no Caps ad. Desse modo, almeja-se promover conhecimentos sobre a temática na perspectiva de despertar o aprofundamento sobre a família dos usuários de drogas. Além disso, destaca-se o papel do enfermeiro como participante da equipe multiprofissional, o qual pode estar desenvolvendo ações a fim de aproximar as famílias dos usuários de drogas para a responsabilização do processo de reabilitação psicossocial.

## CONCLUSÃO

As descrições vivenciais dos participantes do estudo nos fazem compreender a percepção de profissionais de saúde de um Caps ad sobre a família no contexto da reabilitação psicossocial de consumidores de drogas, sendo reconhecida que a reabilitação psicossocial é uma estratégia que deve envolver as várias instâncias presentes na RAPS, em especial, a família. A princípio, os profissionais de saúde do Caps ad consideram que esta instituição se encontra distante do serviço, o que dificulta o desenvolvimento do cuidado. Com base na leitura figura-fundo, percebeu-se que a postura apresentada pelos profissionais de saúde sobre família no contexto do paradigma psicossocial pode ser entendida como estratégia para o cuidado de si, embora de forma irrefletida. Compreendemos que esse núcleo merece uma atenção especial, já que se configura como locus onde ocorrem as primeiras demandas sociais, as quais podem ser redirecionadas para a (re)inserção social do familiar que consome drogas de forma habitual. Além disso, a reabilitação psicossocial implica em uma mudança nas práticas dos

profissionais de saúde atuantes no Caps ad, para que a família seja vista como parte desse processo. Portanto, requer o desenvolvimento de ações voltadas para o usuário e sua família. Embora o principal objetivo dos serviços substitutivos seja a aproximação do usuário com os demais ambientes sociais, que podem produzir vida a este, notamos que ainda há desafios a serem superados, a fim de que não se tornem mantenedores de práticas objetivistas. Nesse contexto, foi possível perceber que os achados vivenciais são de grande valia para o campo científico, pois permitiram escutar profissionais que, em seu processo de trabalho, devem envolver o interesse e a preocupação em mobilizar a família para atuar sob a lógica de cuidados atual no campo da saúde mental. Logo, o estudo poderá estimular a reflexão dos profissionais de saúde e de familiares quanto à necessidade de ambos compartilharem responsabilidades, o que contribui para a reabilitação psicossocial de modo a despertar para o entrelaçamento de todos os atores sociais comprometidos com cuidar da pessoa que consome drogas de forma habitual.

## Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

## Contribuições

a) concepção e/ou desenho do estudo: CJS, ELSS; b) coleta, análise e interpretação dos dados: CJS, ELSS, PALC; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: CJS, SCBM; d) aprovação da versão final a ser publicada: CJS, VTCS, BSR.

## REFERÊNCIAS

1. Constantinidis TC, Andrade AN. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):333-42.
2. Braun LM, Dellazzana-Zanon LL, Halpern SC. The family of a drug addict in a Public Mental Health Center (CAPS): an experience report. *Rev SPAGESP*. 2014;15(2):122-40.
3. Gruska V, Dimenstein M. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. *Psicol Clin*. 2015; 27(1):101-22.
4. Covelo BS, Badaró-Moreira MI. Links between family and mental health services: family members' participation in care for mental distress. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):1133-44.
5. Santos CF, Eulálio MC, Barros PM. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental: um estudo descritivo. *Mudanças Psicol Saúde (Online)*. 2015;23(2):27-35.
6. Firmo AA, Jorge MS. Experiences of caregivers of people with mental illness in the face of psychiatric reform: production care, autonomy, empowerment and solvability. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):217-31.
7. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.
8. Bardour R. *Grupos Focais*. Tradução Marcelo Figueredo Duarte. Porto Alegre. Artmed, 2009.
9. Sena EL, Gonçalves LH, Granzotto MJ, Carvalho PA, Reis HF. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(4):769-75.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
11. Boff L. *Saber cuidar: ética do ser Humano: compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
12. Sena EL, Reis HF, Carvalho PA, Souza VS. The care intersubjectivity and the knowledge in the phenomenological perspective. *Rev Rene*. 2021;22:e60279.
13. Neves JA, Silva PM, Azevedo EB, Musse JO, Ferreira Filha MO. Actions in a Psycho-social Care Center for the rehabilitation of persons with psychological disorders. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):255-61.

# NOVO CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM DOCUMENTO INOVADOR

NEW CODE OF ETHICS FOR NURSING PROFESSIONALS: AN INNOVATIVE DOCUMENT

NUEVO CÓDIGO DE ÉTICA PARA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA: UN DOCUMENTO INNOVADOR

Rudval Souza da Silva<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-7991-8804>)

## Descritores

Códigos de ética; Ética profissional; Profissionais de enfermagem; Legislação de enfermagem

## Descriptors

Codes of ethics; Ethics; Professional; Nursing practitioners; Legislation nursing

## Descriptores

Códigos de ética; Ética profesional; Enfermeras practicas; Legislación de enfermería

## Recebido

30 de Fevereiro de 2020

## Aceito

4 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Rudval Souza da Silva  
E-mail: rudsouza@uneb.br

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar, em comparação com suas versões anteriores, as inovações apresentadas no novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

**Métodos:** Pesquisa documental desenvolvida a partir da apreciação crítica das cinco resoluções do Conselho Federal de Enfermagem que aprovaram as distintas versões do Código de Ética, reconhecendo que vivemos em uma sociedade na qual as informações são geradas e compartilhadas com tamanha fugacidade, o que nos remete a necessidade de um conhecimento atualizado, aliado a conseqüente premência de adequações da legislação.

**Resultados:** o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem passou corresponde a quinta reformulação, sendo publicado com a Resolução Cofen nº 564/2017 e traz mudanças na sua estrutura e redação, com inclusão de novas legislações.

**Conclusão:** as mudanças na última edição revelam um documento atualizado e inovador incorporando os mais recentes e atualizados dispositivos constitucionais vigentes a nível nacional e internacional, além de resultar de um processo de discussões em conferências estaduais o que culminou na I Conferência Nacional de Ética em Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze, in comparison with its previous versions, the innovations presented in the new Code of Ethics for Nursing Professionals.

**Methods:** Documentary research developed from the critical appraisal of the five resolutions of the Federal Nursing Council that approved the different versions of the Code of Ethics, recognizing that we live in a society in which information is generated and shared with such fleetingness, which brings us back the need for up-to-date knowledge, combined with the consequent urgency to adapt the legislation.

**Results:** The new Code of Ethics for Nursing Professionals passed corresponds to the fifth re-formulation, being published with Cofen Resolution nº 564/2017 and brings changes in its structure and wording, with the inclusion of new legislation.

**Conclusion:** The changes in the last edition reveal an updated and innovative document incorporating the most recent and updated constitutional provisions in force at national and international level, in addition to resulting from a process of discussions at state conferences which culminated in the 1<sup>st</sup> National Conference on Ethics in Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar, en comparación con sus versiones anteriores, las innovaciones presentadas en el nuevo Código de Ética para Profesionales de Enfermería.

**Métodos:** Investigación documental desarrollada a partir de la evaluación crítica de las cinco resoluciones del Consejo Federal de Enfermería que aprobó las diferentes versiones del Código de Ética, reconociendo que vivimos en una sociedad en la que la información se genera y comparte con tanta fugacidad, lo que nos trae de vuelta La necesidad de un conocimiento actualizado, combinado con la conseqüente urgencia de adaptar la legislación.

**Resultados:** El nuevo Código de Ética para Profesionales de Enfermería aprobado corresponde a la quinta reformulación, que se publica con la Resolución Cofen nº 564/2017 y trae cambios en su estructura y redacción, con la inclusión de nueva legislación.

**Conclusión:** los cambios en la última edición revelan un documento actualizado e innovador que incorpora-las las disposiciones constitucionales más recientes y actualizadas vigentes a nivel nacional e internacional, además de ser el resultado de un proceso de debates en las conferencias estatales que culminó en la 1<sup>ra</sup> Conferencia Nacional de Ética en Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

## Como citar:

Silva RS. Novo código de ética dos profissionais de enfermagem: um documento inovador. 2021;12(1):13-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3379

## INTRODUÇÃO

Vivemos em uma sociedade na qual as informações são geradas e compartilhadas com tamanha fugacidade, o que implica em transmutação de conhecimento e nos remete a necessidade de uma constante atualização dele, como recurso essencial para um viver ético, seja no modo de ser ou de agir a partir do processo de tomada de decisões com base nas mudanças observadas na sociedade moderna. Os profissionais do campo da Enfermagem precisam acompanhar tais mudanças e assumir a liderança na revolução quanto a produção dos cuidados à saúde centrada na pessoa/paciente e orientada pela qualidade dos cuidados.<sup>(1)</sup>

Nessa perspectiva pode-se inferir que o Conselho Federal de Enfermagem em atendimento a sua Lei de criação nº 5.905/73 e no acompanhamento da evolução do conhecimento e das mudanças que vem ocorrendo, entendeu como necessária a atualização do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), documento normativo definido como um conjunto de diretrizes pautadas nos princípios fundamentais de um campo profissional, nos direitos, deveres e proibições que servem como fundamentos a orientar o exercício de determinada profissão. O CEPE já passou por quatro atualizações desde sua primeira edição aprovada em 1975.<sup>(2,3)</sup>

Segundo informações constantes na página oficial do Cofen, em abril de 2017, a autarquia abriu consulta pública para que a comunidade da Enfermagem brasileira pudesse enviar suas contribuições, as quais foram consolidadas pela Comissão Nacional e levadas à Conferência Nacional de Ética na Enfermagem (CONEENF) ocorrida em junho do mesmo ano. Por fim, foi construída a minuta do novo CEPE que após aprovada foi publicado a Resolução nº 564/2017 passando a vigorar a partir de 06 de abril de 2018. Assim, considerando as mudanças estruturais e textuais com a aprovação da Resolução, o presente artigo tem por objetivo analisar, em comparação com suas versões anteriores, as inovações apresentadas no novo CEPE.<sup>(4-6)</sup>

## MÉTODOS

Pesquisa documental, do tipo exploratória, descritiva e analítica, a qual se propõe produzir novos conhecimentos, criar mecanismos para compreensão dos fenômenos, além de possibilitar conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos. Para tal, utilizou-se das cinco versões do CEPE de modo a permitir transformar o documento primário (bruto) num documento secundário (representando uma descrição detalhada do primeiro). Quando da análise foi construída uma planilha no *software Microsoft Excel*® na qual foram

digitados todo texto das cinco versões do CEPE (Resoluções Cofen nº 009/75; 160/93; 240/2000; 311/2007 e 564/2017) permitindo assim compará-las quanto as mudanças estruturais, os artigos suprimidos e aqueles que foram incluídos, além das novas redações dadas ao texto. O levantamento das versões do CEPE foi realizado na página oficial do Cofen na internet, além de consultas as publicações sobre ele.<sup>(5-11)</sup>

## RESULTADOS

Anterior a criação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, não existia um Código de Ética, de modo que os profissionais do campo da Enfermagem contavam apenas com documentos balizadores que norteavam sua ética, todavia sem respaldo legal no sentido de ser exigido o seu cumprimento e aplicar punições quando das transgressões. Somente por volta do final da década de 1950 que se iniciaram os primeiros estudos no sentido de propor a elaboração de um código de ética, a partir de uma iniciativa da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), sendo seus resultados preliminares publicados no ano de 1958.<sup>(2,3)</sup>

O primeiro texto apresentava 16 artigos que se detinham em apresentar além dos princípios fundamentais da profissão, com orientações quanto ao cumprimento dos padrões éticos e morais relacionados a atuação do enfermeiro para com o médico e demais profissionais da saúde, de forma bastante acrítica e subserviente, como pode ser observado nas expressões utilizadas: lealdade, cordialidade, fidelidade, dedicação, discrição e confiança.<sup>(12)</sup>

Em meados da década de 1970 a ABEn desenvolveu novo estudo para reformulação do texto, quando este foi ampliado e passou a contar com mais dois artigos, totalizando 18, entretanto não se observa mudanças no seu conteúdo estruturante, o que foi acrescido tratava da atuação do enfermeiro junto aos órgãos de classe.<sup>(2,12)</sup>

Neste mesmo ano, o Cofen com base nas suas competências já mencionadas, aprovou em 04 de outubro de 1975 o Código de Deontologia de Enfermagem (Resolução nº 9/75),<sup>(9)</sup> porém só foi publicado no Diário Oficial da União no ano seguinte.<sup>(3)</sup> A partir de então, os infratores deste, passaram a responder por infrações éticas e serem passíveis de punições como advertência verbal, multa, censura, suspensão e cassação.<sup>(4)</sup>

O CEPE passou por quatro reformulação, sendo a mais atual aquela publicada na Resolução Cofen nº 564/2017, a qual é objeto da presente pesquisa documental.<sup>(11)</sup> O quadro 1<sup>(5,8-11)</sup> apresentado a seguir traz uma descrição quanto as mudanças estruturais do CEPE desde a sua primeira versão, baseado em estudos já publicados e na análise realizada.

**Quadro 1.** Estrutura das cinco edições do CEPE

EDIÇÕES	Primeira	Segunda	Terceira	Quarta	Quinta
DENOMINAÇÃO	Código de Deontologia de Enfermagem	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem			
DIRECIONAMENTO	Apenas Enfermeiros	Todos os profissionais da Enfermagem	Todos os profissionais do campo da Enfermagem Atendentes de Enfermagem e assemelhados que exercem atividades na Enfermagem		
RESOLUÇÃO COFEN Nº	09 04/10/1975	160 4/05/1993	240 30/08/2000	311 08/02/2007	564 06/12/2017
CAPÍTULOS	05	09	09	07/04 Seções	05
Nº DE ARTIGOS	28	100	99	132	119
CONSIDERANDOS	- Não constam	- Lei nº 5.905/73 - Resolução Cofen nº 52/79 - Resultado dos estudos originários de seminários realizados pelo Cofen com a participação dos diversos segmentos da profissão			- Lei nº 5.905/73 - Declaração Universal dos Direitos Humanos - Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - Código de Deontologia de Enfermagem (1975) - CEPE (1993, reformulado em 2000 e 2007) - Resolução CNS nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos - 1ª CONEENF - Lei nº 11.340/2006 - Lei Maria da Penha - Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso - Lei nº 10.216/2001 - Modelo assistencial em saúde mental - Lei 8.080/1990 - Sistema Único de Saúde (SUS)

**Fonte:** Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: 13 fev 2007 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html). Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 9/75. In: Documentos Básicos do Cofen. Rio de Janeiro, Cofen; 1983. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 160/93. In: Documentos Básicos do Cofen. 4 ed. Rio de Janeiro, Cofen; 1996. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 240/00. In: Documentos Básicos do Cofen. 6 ed. Rio de Janeiro, Cofen; 2000. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília: 13 fev 2007 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>.<sup>(8,9,10)</sup>

## DISCUSSÃO

Com base na Lei de criação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, já mencionada, compete ao Cofen à elaboração do CEPE e suas alterações quando necessário.<sup>(4)</sup> Assim, a Autarquia iniciou em 2016 as discussões para a reformulação do CEPE, quando se aproximava uma década da sua última atualização em 2007.<sup>(5)</sup> Nesse interim, foi criada a Comissão Nacional de Reformulação do CEPE para orientar a condução do processo que culminou na Resolução Cofen nº 564/2017.

Observa-se que o novo CEPE passou por mudança tanto estrutural quando nas suas bases legais, considerando a abrangência do campo da Enfermagem, que vai dos cuidados a criança ao idoso, incluindo aqueles relacionados ao processo de morrer e morte.

A reformulação do CEPE teve como primeiro marco inovador a proposição quanto à participação popular, quando foram lançadas as Conferências Estaduais direcionadas pela Comissão Nacional de Reformulação, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016, resultando na 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília - DF quando se fizeram presentes, os delegados regionais, eleitos nas conferências estaduais.<sup>(6)</sup>

É possível perceber que ao se levar em consideração os princípios democráticos com relação a soberania popular, a participação dos trabalhadores da Enfermagem se torna um dos aspectos mais relevantes nesse processo de reformulação.

Quanto à sua estrutura, observa-se que o novo Código sofreu significativas alterações, de início podemos mencionar a redução no número de artigos, que na edição anterior<sup>(5)</sup> contemplava 132 artigos e, na atual<sup>(11)</sup> passou para 119, além de assumir a estrutura hierárquica do seu conteúdo semelhante ao da segunda e terceira edição, não mais existindo as seções, de modo que seus artigos foram redistribuídos entre os capítulos, que antes era sete e passaram a apenas cinco.

As seções na última versão do CEPE dividiam os direitos, responsabilidades e deveres e as proibições em quatro campos distintos, a saber: Capítulo I - Das relações profissionais; Seção I - das relações com a pessoa, família e coletividade; Seção II - das relações com os trabalhadores de enfermagem, saúde e outros; Seção III - das relações com as organizações da categoria e Seção IV - das relações com as organizações empregadoras; Capítulo II do sigilo

profissional; Capítulo III do ensino, da pesquisa, e da produção técnico-científica; Capítulo IV da publicidade; Capítulo V das infrações e penalidades; Capítulo VI da aplicação das penalidades e Capítulo VII das disposições gerais.<sup>(5)</sup>

Um avanço significativo, haja vista ter facilitado o acesso quando passou a uma estrutura de apenas cinco capítulos, a saber: I - Dos direitos, II - Dos deveres, III - Das proibições, IV - Das infrações e penalidade e V - Da aplicação das penalidades.<sup>(11)</sup>

Na parte introdutória, denominada como "Preâmbulo", onde antes eram apresentados os documentos que fundamentam o código, passou a contar apenas com a sua apresentação, de modo que os documentos referências, passaram a compor os considerando da Resolução que o aprova.

Vale destacar que a edição anterior tinha como base os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Código de Ética do CIE e o da ABEn, o Código de Deontologia de Enfermagem (1975), os CEPE (1993, reformulado em 2000 e 2007) e a antiga Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.<sup>(5)</sup>

No novo CEPE, nos considerando da Resolução<sup>(11)</sup> foram mantidos os documentos acima mencionados, com suas devidas atualizações, valendo destacar o Código de Ética do CIE revisado em 2012 e a Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo incluídas as bases referenciais da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, a Lei 8.080/990, que dispõe sobre o SUS e o aparato corresponde a participação social dos trabalhadores, ou seja, a 1ª CONEENF.<sup>(11)</sup>

Para além destes marcos regulatórios, importa destacar como grandes contribuições a inclusão da Lei nº 11.340/2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, a qual cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos atendidos em serviços de saúde públicos e privados.

Estudo<sup>13</sup> sobre aspectos éticos e legais do cuidado profissional de enfermagem a mulheres vítimas de violência doméstica conclui que existem hiatos na formação desses quanto sua competência no atendimento a essas mulheres. O estudo aponta que os hospitais recebem com frequência as vítimas de violência graves, e a equipe de enfermagem desconhece os seus deveres nesse contexto.

Com o novo CEPE, passar a ser um dever ético-legal a notificação aos órgãos de responsabilização criminal, independente de autorização, os casos de violência doméstica e familiar contra mulher (Art. 52 § 5º).<sup>(11)</sup>

Outro suporte legal que foi incluído trata-se da Lei nº 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do

Adolescente. Pesquisa<sup>(14)</sup> realizada com graduandos de enfermagem aponta que na sua maioria existe o entendimento de que a responsabilidade do enfermeiro no atendimento a criança ou adolescente vítimas de violência se restringe a realização dos primeiros cuidados e a encaminhá-las a outro profissional para resolução do problema resultante da violência.

Outras legislações que versam tanto da violência quanto dos descuidados, para além das necessidades de cuidados dignos, foram incluídas, como a Lei nº. 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e a Lei nº. 10.216/2001 sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Isso posto, vale chamar atenção dos profissionais da Enfermagem que de acordo com o novo Código, passa a ser um dever destes, a comunicação aos órgãos de responsabilização criminal, independente de autorização, dos casos de violência contra crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento (Art. 52 § 4º).<sup>(11)</sup>

Desse modo, entende-se que a abordagem sobre a violência seja ela, a criança e adolescente, a mulher, ao idoso e/ou as pessoas com comprometimento da saúde mental, deve passar a ser tratada e discutida de forma mais efetiva nos currículos de graduação, no âmbito do ensino, bem como nos ambientes assistências e de pesquisa, para promover meios de conscientização quanto ao dever de notificar tais casos de violência as instâncias competentes.

No tópico dos princípios fundamentais, o CEPE traz três conceitos relevantes, sendo o primeiro deles sobre o campo de atuação da enfermagem que envolve profissionais (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e parteiras) comprometidos com a produção e gestão do cuidado; o segundo trata do delineamento de como devem atuar esses profissionais, pautados nos princípios da bioética e aqueles norteadores das políticas públicas no SUS; e o terceiro no que se fundamenta o cuidado profissional de enfermagem, em conhecimento próprio, bem como fazendo uso de conceitos das ciências humanas, sociais e aplicadas no desenvolvimento das práticas seja na assistência, gerência, ensino, educação e pesquisa.

Nesse último fundamento, chama atenção a presença dos conceitos ensino e educação, que pode ser compreendido como sinônimos, mão não os são. Entre tais termos existe uma diferença basilar, sendo que o primeiro se refere em especial a transmissão de conteúdos e conhecimentos, ao passo que o segundo apresenta uma concepção mais robusta e complexa, o que envolve além da aquisição de conteúdo, a aprendizagem de valores e atitudes, que visam

desenvolver uma conscientização por parte de cada ente, seja ele pessoa, família ou coletividade.<sup>(15)</sup>

A educação em saúde é o cerne da profissão do enfermeiro, considerando que a sua atuação se direciona para o planejamento de intervenções iminentemente decisivas para a promoção da saúde, contribuindo para o planejamento do autocuidado e na conscientização de que cada pessoa quando deve buscar os meios de assumir o seu cuidado sempre que as condições o favoreça.

No capítulo I (Art. 1º - 23) correspondente aos direitos, traz os artigos constantes na edição anterior, no entanto vale destacar dois elementos novos, sendo um relacionado ao Processo de Enfermagem, o qual constava no primeiro Código<sup>(6)</sup> e foi suprimido nas edições seguintes. Naquela edição havia um artigo que determinava que no exercício da profissão era dever do enfermeiro fazer "o diagnóstico das necessidades de enfermagem do cliente, a fim de elaborar o plano de cuidados correspondentes" (Art. 10). Nada mais do que definir a responsabilidade do enfermeiro, como gestor e prestador dos cuidados, de realizar o Processo de Enfermagem.

Sem explicações, nas três edições seguintes, nada foi tratado com relação a temática, salvo o dever de documentar a assistência prestada. Com a versão atual, foi reinserido, de modo que passa a ser um direito dos profissionais aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade (Art. 14).<sup>(11)</sup> Além de trazê-lo novamente no capítulo dos deveres, determinando como infração ética-disciplinar a não documentação formal das etapas do Processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal (Art. 37)<sup>(11)</sup> regulamentada pela Resolução Cofen nº 358/2009.<sup>(16)</sup>

O outro elemento diz respeito ao uso das redes sociais, importante tema em meios a revolução tecnológica nos tempos atuais. Assim, o CEPE permite aos profissionais a utilização dos veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, palestras, conferências e outros sobre assuntos de sua competência, como também tem o direito de negar a serem filmados, fotografados e expostos as mídias sociais enquanto desempenham suas atividades profissionais.<sup>(11)</sup>

No capítulo II (Art. 24 - 60) correspondente aos deveres, além daqueles já discutidos anteriormente com relação a notificação de casos de violências e a documentação das etapas do Processo de Enfermagem, cabe discutir três pontos sobre este capítulo.

Primeiro cabe destacar o uso do nome social, entendido como aquele adotado pela pessoa, por meio do qual ela

se identifica e é reconhecida na sociedade. O uso do nome social passa a constar no CEPE além de já ser assegurado por meio da Resolução Cofen nº 537/2017 quanto à possibilidade de seu uso e do reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais, em seus registros, carteiras, sistemas e documentos.<sup>(17)</sup>

Ainda sobre o registro do nome nos documentos, quando do exercício profissional, cabe um destaque para o uso do carimbo, o qual segundo a Resolução Cofen nº 545/2017 em seu Art. 5º é de uso obrigatório,<sup>(18)</sup> no entanto no texto do novo CEPE está definido no seu Art. 35 o dever de apor nome completo e/ou nome social, número e categoria de inscrição no Coren contudo, faculta o uso do carimbo.

Sobre essa polêmica, a Assessoria Legislativa do Cofen publicou um Despacho<sup>(19)</sup> esclarecendo que na legislação brasileira existe uma norma especial e outra geral, nesse quesito, o Código trata-se de uma norma geral, de modo que para o tema em questão os profissionais devem se pautar na norma especial, a qual determina a obrigatoriedade quanto ao uso do carimbo, que é a Resolução Cofen nº 545/2017.

Ainda sobre os deveres, cabe mencionar os artigos 42 e 48 que trazem especificidades quanto aos cuidados ao paciente em processo de morrer e morte. O primeiro trata do direito ao exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão e explicita em seu parágrafo único o dever de respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.<sup>(11)</sup>

Mais adiante volta a tratar do assunto quanto reafirma o dever dos profissionais de prestar uma assistência promovendo a qualidade de vida à pessoa no processo do morrer e no luto da família, tratando num parágrafo único, que nos casos de doenças graves, incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, deve ser oferecido todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto biopsicossocioespiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.<sup>(11)</sup>

O novo CEPE é o terceiro dentre os Códigos de Ética dos profissionais da saúde a tratar da temática dos cuidados paliativos, sendo que o primeiro foi o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009) e o segundo o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013).<sup>(20)</sup>

O capítulo III (Art. 61 - 102) corresponde as proibições e, dentre elas vale destacar o Art. 79 que versa sobre a prescrição de medicamentos, e apesar de constar essa

temática na edição anterior, seu texto passou a ser redigido de modo a convergir para o que consta na Lei do Exercício Profissional<sup>(21)</sup> quanto à necessidade de seguir as determinações estabelecidas nos programas de saúde pública e/ou em rotinas aprovadas em instituições de saúde como respaldo para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro.<sup>(11)</sup>

Em relação às infrações e penalidade, tratadas no capítulo IV (Art. 103 -113), vale discutir as mudanças quando as definições de duas das penalidades: suspensão e cassação. Cabe destacar que a hierarquia das penalidades, segue a Lei nº 5.905/73, e não pode ser alterada até que está passe por modificações.<sup>(4)</sup>

No entanto, a descrição de como cada penalidade deve ser aplicada, consta do Código, e nesta nova edição, a penalidade de suspensão passa a consistir na proibição do exercício profissional por um período de até 90 (noventa) dias o que nas edições anteriores era de até 29 dias. E, a cassação que incidia na perda definitiva do direito ao exercício da enfermagem, passou a ser tipificada como a perda deste direito por um período de até 30 anos.<sup>(11)</sup>

Assim como, foi ampliada a hierarquia quanto a graduação das infrações, a qual considerava apenas três níveis: leves, graves ou gravíssimas, sendo incluído um novo nível com a infração moderada, passando a constar de quatro tipos de infrações segundo a natureza do ato e sua circunstância.<sup>(11)</sup>

Ao analisarmos o capítulo V o qual versa sobre a parametrização da aplicação das penalidades, é possível observar que são passíveis de punição o descumprimento dos artigos 26 ao 102 do novo CEPE, o que passa a se considerar como uma infração ética e disciplinar caracterizada a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código e/ou as normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais.<sup>(11)</sup>

Aponta-se como limitação a análise dos documentos realizada por apenas um pesquisador, o que possivelmente restringiu o olhar. Provavelmente ao contar com outros pesquisadores, a discussão poderia ser ampliada. Cita-se ainda, a dificuldade em localizar documentos que

pudessem esclarecer fatos pontuais e subsidiar a análise do objeto em questão, especialmente com relação as primeiras edições do CEPE.

Entende-se que este estudo contribui para o conhecimento dos profissionais do campo da Enfermagem e para os acadêmicos na qualidade de futuros profissionais, ao possibilitar uma reflexão crítica e reflexiva acerca do CEPE, além de conhecer a sua historiografia. Por ser um documento recente e inovador, requer a promoção de ações educativas no que se refere a divulgação das novas temáticas abordadas no Código e que tem uma abrangência ampla no tocante as questões sociais e de direitos humanos.

## CONCLUSÃO

Nesse cenário, a partir da análise empreendida, é importante reforçar a ideia de que o Código não é, nem poderia ser, um documento de regras rígidas e específicas a cada situação do cotidiano. Mas, deve contemplar diretrizes que norteiem os julgamentos éticos diante da competência jurídica do Sistema Cofen/Conselhos Regionais. Além disso, não podemos nos furtar de reconhecer a necessidade que existe de se atender às necessidades dos profissionais nas diversas regiões desse país continental com distintas particularidades, presando por conceitos universais, como respeito à vida, aos direitos e à dignidade humanos, sem discriminação de qualquer natureza. As mudanças na última edição revelam um documento atualizado e inovador incorporando os mais recentes e atualizados dispositivos constitucionais vigentes a nível nacional e internacional, além de resultar de um processo de discussões com participação social. Apesar de mais da metade do conteúdo da nova versão seguir a edição anterior, conclui-se que inovações estão presentes e marcam essa edição, tornando-a um instrumento legal mais próximo das questões de caráter humanista e inerentes a prática profissional no campo da enfermagem. Portanto, pode-se concluir que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem traz conquistas relevantes na direção da profissionalização e autonomia do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

1. Salmond SW, Echevarria M. Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthop Nurs*. [Internet]. 2017;36(1):12-25.
2. Oguisso T. Histórico dos Códigos de Ética de Enfermagem no Brasil. In: Oguisso T, Schmidt MJ. *O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal*. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 65-77.
3. Silva RS, Santos DT, Carvalho SS, Lisboa ACF. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: uma pesquisa documental. *Enferm Foco*. 2012;3(2):62-6.
4. Brasil. Diário Oficial da República do Brasil. Lei 5.905 de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, julho de 1973, seção 1.
5. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 fev 2007 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)

6. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen abre consulta pública sobre Novo Código de Ética. [Internet]. Página Oficial. Brasília; 19 abr 2017 [cited 2020 Mar 25]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/cofen-abre-consulta-publica-sobre-novo-codigo-de-etica\\_51004.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-abre-consulta-publica-sobre-novo-codigo-de-etica_51004.html)
7. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de investigaciones UNAD*. [Internet]. 2015; 14(2):55-73. [cited 26 jan 2019]. Available from: <http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/revista-de-investigaciones-unad/article/viewFile/1455/1771>
8. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 9/75. In: *Documentos Básicos do Cofen*. Rio de Janeiro, Cofen; 1983.
9. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 160/93. In: *Documentos Básicos do Cofen*. 4 ed. Rio de Janeiro, Cofen; 1996.
10. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 240/00. In: *Documentos Básicos do Cofen*. 6 ed. Rio de Janeiro, Cofen; 2000.
11. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissional de Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 13 fev 2007 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Resolu%C3%A7%C3%A3o-564-17.pdf>
12. Pinto TM. Filosofia na Enfermagem: algumas reflexões. Pelotas (RS): UFPel; 1998. p. 161-66.
13. Acosta DF, Gomes VL, Oliveira DC, Gomes GC, Fonseca AD. Ethical and legal aspects in nursing care for victims of domestic violence. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e6770015.
14. Melo RA, Souza SL, Bezerra CS. Cuidados de enfermagem à criança e adolescente em violência doméstica na visão de graduandos de enfermagem. *Av Enferm*. 2017;35(3):293-302.
15. Marques S, Oliveira T. Educação, ensino e docência: reflexões e perspectivas. *Reflex Ação*. 2017;24(3):189-211.
16. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 16 out 2009 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolu-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolu-cofen-3582009_4384.html)
17. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 537 do Conselho Federal de Enfermagem, de 22 de fevereiro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 23 mar 2017 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o-537-17.pdf>
18. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 545 do Conselho Federal de Enfermagem, de 09 de maio de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 17 mai 2017 [cited 2020 Mar 26]. Seção I. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-545-17.pdf>
19. Cabral AJS. Despacho ASSLEGIS nº 15/2018 de 13 de abril de 2018. [Internet]. Site do Cofen [cited 2020 Mar 26]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Despacho-ASSLEGIS-n%C2%BA-015-2018-Uso-de-Carimbo-pelos-profissionais-de-Enfermagem.pdf>
20. Malagutti W, Roehrs H. A legislação e os cuidados paliativos no Brasil. In: Silva RS, Amaral JB, Malaguti W. *Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte*. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2019. p.91-110.
21. Brasil. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]; [acesso 20 jun 2013]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)

# FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISES

Amanda Santos Andrade<sup>1</sup>

Josivânia Santos Lima<sup>1</sup>

Ana Dorcas de Melo Inagaki<sup>1</sup>

Caique Jordan Nunes Ribeiro<sup>1</sup>

Luzineide de Jesus Bezerra Modesto<sup>1</sup>

Mariana Costa Larré<sup>1</sup>

Ana Cristina Freire Abud<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-0102-7585>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1076-0404>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4709-1013>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9767-3938>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3199-922X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8108-4362>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7940-2648>)

## Descritores

Acesso aos serviços de saúde; Diálise renal; Disparidades nos níveis de saúde; Falência renal crônica; Qualidade de vida; Terapia de substituição renal

## Descriptors

Health services accessibility; Renal dialysis; Health status disparities; Kidney failure chronic; Quality of life; Renal replacement therapy

## Descriptores

Accesibilidad a los servicios de salud; Diálisis renal; Disparidades en el estado de salud; Fallo renal crónico; Calidad de vida; Terapia de reemplazo renal

## Recebido

14 de Abril de 2020

## Aceito

14 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Ana Cristina Freire Abud  
E-mail: [acfabad@uol.com.br](mailto:acfabad@uol.com.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, que residiam na cidade onde realizavam o tratamento com aqueles que residiam em outros municípios do estado de Sergipe.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo, realizado em uma clínica de diálise em Sergipe. A amostra foi composta por 170 pacientes adultos, em tratamento hemodialítico com condições cognitivas para responder ao formulário. O desfecho qualidade de vida foi mensurado por meio da versão brasileira do Kidney Disease and Quality-Of-Life Short-Form (KDQOL-SF). Dados sociodemográficos e de acesso ao serviço foram considerados variáveis dependentes para comparação entre os grupos.

**Resultados:** Independente da procedência e das características sociodemográficas dos participantes, baixos escores de qualidade de vida foram encontrados em todos os componentes da avaliação, especialmente médias inferiores a 50. Por outro lado, percebeu-se que os pacientes provenientes do interior apresentaram maiores escores de qualidade de vida.

**Conclusão:** pacientes do sexo masculino, com idade média de 40 anos, com maior escolaridade e procedentes do interior apresentaram melhores escores para qualidade de vida.

## ABSTRACT

**Objective:** To compare the quality of life of patients undergoing hemodialysis, who lived in the city where they underwent treatment with those who lived in other municipalities in the state of Sergipe.

**Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and comparative study, carried out in a dialysis clinic in Sergipe. The sample consisted of 170 adult patients undergoing hemodialysis with cognitive conditions to respond to the form. The quality of life outcome was measured using the Brazilian version of Kidney Disease and Quality-Of-Life Short-Form (KDQOL-SF). Sociodemographic and service access data were considered dependent variables for comparison between groups.

**Results:** Regardless of the origin and sociodemographic characteristics of the participants, low scores for quality of life were found in all components of the assessment, especially means below 50. On the other hand, it was noticed that patients from the countryside had higher quality scores of life.

**Conclusion:** Male patients, with an average age of 40 years, with higher education and coming from the interior had better scores for quality of life.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comparar la calidad de vida de los pacientes sometidos a hemodiálisis, que vivían en la ciudad donde se sometieron a tratamiento con los que vivían en otros municipios del estado de Sergipe.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo y comparativo, realizado en una clínica de diálisis en Sergipe. La muestra consistió en 170 pacientes adultos sometidos a hemodiálisis con condiciones cognitivas para responder a la forma. El resultado de la calidad de vida se midió utilizando la versión brasileña de la enfermedad renal y la forma corta de la calidad de vida (KDQOL-SF). Los datos sociodemográficos y de acceso al servicio se consideraron variables dependientes para la comparación entre grupos.

**Resultados:** Independientemente del origen y las características sociodemográficas de los participantes, se encontraron puntajes bajos para la calidad de vida en todos los componentes de la evaluación, especialmente los medios por debajo de 50. Por otro lado, se observó que los pacientes del campo tenían puntajes de calidad más altos. de la vida.

**Conclusión:** Los pacientes varones, con una edad promedio de 40 años, con educación superior y provenientes del interior, obtuvieron mejores puntajes de calidad de vida.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, Brasil.

## Como citar:

Andrade AS, Lima JS, Inagaki AD, Ribeiro CJ, Modesto LJ, Larré MC, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Enferm Foco*. 2021;12(1):20-5.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3451

## INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) resulta da perda parcial ou total da função excretora do rim, o qual se torna incapaz de continuar a exercer adequadamente suas funções homeostáticas e desintoxicantes, resultando no desequilíbrio hidroeletrólítico e retenção de catabólitos.<sup>(1)</sup>

O tratamento pode ser realizado por meio de terapias renais substitutivas (TRS) como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante, que objetivam, não somente, prolongar a vida do doente, mas também proporcionar reabilitação e melhor qualidade de vida (QV).<sup>(1)</sup> A hemodiálise consiste na retirada de líquido e substâncias tóxicas do sangue através de uma máquina de diálise.

De acordo com o inquérito brasileiro de diálise crônica, houve um aumento de 28,9 mil pacientes em uso de TRS nos últimos cinco anos, passando de 97.586, em 2012, para 126.583 pacientes, em 2017, dos quais quase metade encontra-se na região Sudeste. As duas principais causas da DRC foram hipertensão e diabetes, correspondendo a 34,0% e 31,0% dos casos, respectivamente.<sup>(2)</sup>

A hemodiálise provoca uma série de problemas relacionados aos aspectos físicos, psicológicos e sociais para esse grupo de pacientes. Outro fator é a convivência frequente com a negação e as consequências do desenvolvimento da doença, tendo em vista ser um tratamento doloroso, com limitações físicas que refletem na QV.<sup>(3)</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>(4)</sup> a QV é a percepção da pessoa quanto à sua posição na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais ela vive, assim como quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QV tem se tornado um importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área de saúde, sendo que as atenções começaram a se voltar, muito recentemente, para uma terapêutica visando à QV do paciente renal crônico como um fator relevante no cenário da terapêutica renal.<sup>(5)</sup>

Ante o exposto, este estudo objetivou comparar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, que residiam na cidade onde realizavam o tratamento com aqueles que residiam em outros municípios do estado de Sergipe.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, comparativo, descritivo, com abordagem quantitativa.

A população consistiu em 237 pacientes, provenientes de todo estado de Sergipe, com diagnóstico de DRC e que realizavam hemodiálise na clínica em uma clínica especializada em TRS da cidade de Aracaju. A amostra foi composta

por 170 pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que estavam em tratamento hemodialítico há um período de, no mínimo, dois meses e que possuíam boas condições cognitivas para responder ao formulário.

A pesquisa foi realizada em uma clínica especializada em TRS da cidade de Aracaju, Sergipe, nos meses de novembro e dezembro de 2015 e janeiro de 2016.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: um formulário elaborado pelos pesquisadores com dados sociodemográficos e de mobilidade, e a versão brasileira do *Kidney Disease and Quality-Of-Life Short-Form* (KDQOL-SF).<sup>(6)</sup>

O KDQOL-SF é um instrumento que inclui o *Medical Outcomes Study (MOS) 36 item Short-form Health Survey* (SF-36) como uma medida genérica que avalia a saúde geral do indivíduo e consiste em oito domínios sobre saúde física e mental; capacidade funcional (10 itens), limitações causadas por problemas de saúde física (4 itens), limitações causadas por problemas de saúde mental/emocional (3 itens), função social (2 itens), bem-estar emocional (5 itens), dor (2 itens), vitalidade (4 itens) e percepção da saúde geral (5 itens). Em suplemento ao SF 36, tem-se uma escala multi-itens abordando indivíduos com DRC em diálise, que inclui quarenta e três itens direcionados à doença renal; sintomas/problemas físicos (12 itens), efeitos da doença renal em sua vida diária (8 itens), sobrecarga imposta pela doença renal (4 itens), situação de trabalho (2 itens) função cognitiva (3 itens), qualidade das interações sociais (3 itens), função sexual (2 itens) e sono (4 itens). Incluem ainda dois itens de suporte social, dois itens sobre apoio de equipe profissional de diálise e um item sobre satisfação do paciente.<sup>(7)</sup>

O KDQOL-SF caracteriza-se como um método em que os escores dos itens variam entre 0 e 100, os valores menores se aproximam do correspondente à QV menos favorável, enquanto os escores mais altos se aproximam de 100, refletem melhor QV. Alguns itens apresentam-se em escalas invertidas que são transformadas durante a análise. Para responder a alguns itens, os pacientes precisam recordar-se das últimas quatro semanas anteriores à data de preenchimento do instrumento.<sup>(7)</sup>

Os dados foram submetidos à análise descritiva e estão apresentados em tabelas, sob a forma de média e desvio padrão. As variáveis relacionadas à QV foram avaliadas utilizando-se o programa de análise disponibilizado pelo KDQOL-SF *Working Group*. A comparação das medidas de tendência central dos escores, segundo procedência, variáveis sociodemográficas e de acessibilidade foi realizada por meio dos testes t de Student (paramétrico) e Wilcoxon

(não paramétrico). As médias foram ditas diferentes, se o p-valor calculado foi menor que o nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram feitas no software R, versão 3.2.3.

O estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 50162915.2.0000.5546. Parecer: 1.353.368).

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 170 indivíduos, predominantemente do sexo masculino (64,1%); com faixa etária entre 51 e 60 anos (30,6%); procedentes do interior do estado (52,9%); com companheiro fixo (66,5%); pertencentes à baixa classe média (58,8%); de cor parda (71,8%) e com ensino fundamental incompleto (59,4%). Evidenciou-se a presença de um paciente com idade menor que 20 anos.

Quanto às condições para realização do tratamento, 110 (64,7%) pacientes possuíam acompanhante; 110 (64,7%) gastavam cerca de uma hora para locomoção até a clínica e 141 (82,9%) utilizavam transporte público.

Questionados quanto ao conforto durante a viagem, entre os pacientes procedentes de Aracaju, prevaleceram aqueles que consideravam o transporte confortável (61,3%); já aqueles procedentes do interior consideravam desconfortável (57,8%).

Independente da procedência e características sociodemográficas dos participantes desse estudo, baixos escores de QV foram encontrados em todos os componentes da avaliação, especialmente médias inferiores a 50 (Tabela 2). Por outro lado, em grande parte das variáveis analisadas, percebeu-se que os pacientes provenientes do interior apresentaram maiores escores de QV. De um modo geral, quanto aos efeitos da doença na QV, os pacientes da capital do estado apresentaram os piores escores. Renda inferior a 291 reais e cor da pele parda estiveram associadas com menores escores de QV ( $p < 0,05$ ), enquanto pacientes brancos da capital apresentaram maior escore relacionado aos efeitos da doença (71,53) (Tabela 2). Os piores escores de QV estiveram presentes no componente físico. Os residentes do interior com nível superior apresentaram o maior escore (47,23) e aqueles sem escolaridade da capital, o menor (34,08). Indivíduos pardos do interior apresentaram escore estatisticamente superior quando comparados aos da capital ( $p < 0,05$ ) (Tabela 2). Em relação ao componente mental, pacientes do interior, pertencentes à faixa etária de 51 a 60 anos e aqueles com escolaridade superior, apresentaram o menor (38,54) e o maior escore (50,56),

**Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos de acordo com as categorias e a procedência dos pacientes

Variáveis	Aracaju n(%)	Interior n(%)	Total n(%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	50(45,8)	59(54,2)	109(64,1)
Feminino	30(49,2)	31(50,8)	61(35,9)
<b>Idade</b>			
≤ 20 anos	0(0,0)	1(100,0)	1(0,6)
21 - 30	5(38,5)	8(61,5)	13(7,6)
31 - 40	10(52,7)	9(47,3)	19(11,2)
41 - 50	18(47,4)	20(52,6)	38(22,4)
51 - 60	23(44,3)	29(55,7)	52(30,6)
> 60	24(51,1)	23(48,9)	47(27,6)
<b>Estado Civil</b>			
Com companheiro	52(46,1)	61(53,9)	113(66,5)
Sem companheiro	28(49,2)	29(50,8)	57(33,5)
<b>Renda per capita</b>			
Pobre	10(47,6)	11(52,4)	21(12,4)
Vulnerável	10(47,6)	11(52,4)	21(12,4)
Baixa classe média	43(43,0)	57(57,0)	100(58,8)
Média classe média	7(58,4)	5(41,6)	12(7,0)
Alta classe média	10(62,5)	6(37,5)	16(9,4)
<b>Cor da pele</b>			
Pardo	54(44,3)	68(55,7)	122(71,8)
Negro	17(53,2)	15(46,8)	32(18,8)
Branco	9(41,7)	7(58,3)	16(9,4)
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental Incompleto	44(43,6)	57(56,4)	101(59,4)
Fundamental completo	3(37,5)	5(62,5)	8(4,7)
Médio incompleto	5(41,7)	7(58,3)	12(7,0)
Médio completo	17(63,0)	10(37,0)	27(15,9)
Superior Incompleto	3(50,0)	3(50,0)	6(3,5)
Superior Completo	4(100,0)	0(0,0)	4(2,5)
Sem escolaridade	4(33,4)	8(66,6)	12(7,0)
<b>Acompanhante</b>			
Cuidador familiar	43(39,1)	67(60,9)	110(64,7)
Sem acompanhante	36(66,7)	18(33,3)	54(31,8)
Cuidador não familiar	1(20,0)	4(80,0)	5(3,5)
<b>Horas de Viagem</b>			
1	77(70,0)	33(30,0)	110(64,7)
1 + 2	3(5,8)	49(94,2)	52(30,6)
2 + 3	0(0,00)	8(100,0)	8(4,7)
<b>Transporte</b>			
Público	58(41,2)	83(58,8)	141(82,9)
Privado	22(75,9)	7(24,1)	29(17,1)
<b>Conforto</b>			
Sim	49(56,4)	38(43,6)	87(51,2)
Não	31(37,4)	52(62,6)	83(48,8)

respectivamente. Residentes do interior com idade superior a 60 anos apresentaram QV estatisticamente superior aos da capital ( $p < 0,05$ ) (Tabela 2).

No que tange aos dados relacionados à acessibilidade e o componente efeitos da doença, pacientes procedentes do interior utilizando transporte privado apresentaram maior escore (69,20), enquanto o menor escore foi apresentado por aqueles residentes na capital que consideraram o transporte desconfortável (43,5) (Tabela 3). Em relação ao componente físico, a totalidade dos pacientes apresentou baixo escore de QV, sendo o menor escore entre aqueles procedentes da capital e com acompanhante (36,06) e o

**Tabela 2.** Distribuição dos efeitos da doença renal, componentes físico e mental de acordo com os dados sociodemográficos

Variáveis	Efeitos da doença			Componente físico			Componente mental		
	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>
<b>Sexo</b>									
Feminino	50,94	58,67	0,2100 <sup>a</sup>	35,73	39,90	0,0583 <sup>a</sup>	40,10	39,35	0,7765 <sup>a</sup>
Masculino	55,44	59,27	0,3373 <sup>a</sup>	39,64	40,17	0,7530 <sup>a</sup>	41,52	43,98	0,1412 <sup>a</sup>
<b>Faixa etária</b>									
Até 40	53,54	65,97	0,0938 <sup>a</sup>	44,09	46,37	0,3500 <sup>a</sup>	40,46	45,82	0,0873 <sup>a</sup>
41-50	54,34	61,56	0,3441 <sup>a</sup>	37,99	41,50	0,2279 <sup>a</sup>	42,09	39,66	0,3900 <sup>a</sup>
51-60	55,98	50,43	0,3987 <sup>a</sup>	38,21	38,11	0,9661 <sup>a</sup>	40,31	38,54	0,5137 <sup>a</sup>
>60	51,30	62,36	0,1150 <sup>a</sup>	34,59	36,40	0,6626 <sup>b</sup>	41,13	46,89	0,0426 <sup>a</sup>
<b>Renda</b>									
Até R\$291,00	42,97	64,06	0,0060 <sup>b</sup>	36,09	41,22	0,0966 <sup>a</sup>	38,68	43,80	0,0562 <sup>a</sup>
R\$292,00 a 441,00	52,69	54,93	0,6139 <sup>a</sup>	38,34	39,63	0,4396 <sup>a</sup>	39,32	40,59	0,5095 <sup>a</sup>
>R\$ 441,00	69,12	70,45	0,8776 <sup>a</sup>	40,22	40,13	0,9782 <sup>a</sup>	47,92	48,84	0,7697 <sup>a</sup>
<b>Escolaridade</b>									
Sem escolaridade	50,00	59,38	0,5895 <sup>a</sup>	34,08	36,74	0,6651 <sup>a</sup>	39,25	43,61	0,6137 <sup>a</sup>
Fundamental	54,52	60,13	0,1846 <sup>b</sup>	38,16	39,28	0,6640 <sup>b</sup>	41,48	41,92	0,8139 <sup>a</sup>
Médio	50,71	54,23	0,5998 <sup>a</sup>	38,93	43,29	0,1174 <sup>a</sup>	40,77	42,03	0,6756 <sup>a</sup>
Superior	60,27	63,54	0,8850 <sup>a</sup>	38,27	47,23	0,5167 <sup>b</sup>	39,33	50,56	0,1833 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>Teste t de Student; <sup>b</sup>Teste de Wilcoxon

**Tabela 3.** Distribuição dos efeitos da doença renal, componentes físico e mental de acordo com os dados de acessibilidade

Variáveis	Efeitos da doença			Componente Físico			Componente Mental		
	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>	Aracaju	Interior	<i>p-value</i>
<b>Presença de acompanhante</b>									
Sim	50,21	58,63	0,0579 <sup>b</sup>	36,06	39,53	0,0443 <sup>a</sup>	39,59	42,09	0,1707 <sup>a</sup>
Não	58,07	61,46	0,5563 <sup>a</sup>	40,76	42,02	0,5307 <sup>a</sup>	42,69	43,43	0,7900 <sup>a</sup>
<b>Horas de viagem</b>									
Até 1 hora	53,45	50,29	0,5666 <sup>b</sup>	38,17	41,28	0,1199 <sup>a</sup>	40,94	40,82	0,9529 <sup>a</sup>
Mais que 1 hora	61,46	64,20	0,6346 <sup>a</sup>	38,36	39,34	0,8300 <sup>a</sup>	42,03	43,22	0,5999 <sup>a</sup>
<b>Tipo de transporte</b>									
Privado	59,09	69,20	0,4519 <sup>a</sup>	41,63	48,18	0,0132 <sup>b</sup>	41,80	44,98	0,5055 <sup>a</sup>
Público	51,72	58,35	0,0759 <sup>b</sup>	36,87	39,34	0,0984 <sup>a</sup>	40,68	42,14	0,3744 <sup>a</sup>
<b>Conforto</b>									
Não confortável	43,75	53,00	0,0441 <sup>b</sup>	36,63	39,52	0,1591 <sup>a</sup>	38,46	39,39	0,6364 <sup>a</sup>
Confortável	60,08	67,52	0,0946 <sup>b</sup>	39,16	40,72	0,3747 <sup>a</sup>	42,58	46,34	0,0603 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Teste t de Student; <sup>b</sup>Teste de Wilcoxon

maior escore entre os procedentes do interior que utilizavam transporte privado (48,18), com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). No que diz respeito ao componente mental, pacientes procedentes da capital que consideravam o transporte desconfortável apresentaram o menor escore (38,46), enquanto os procedentes do interior que consideravam o transporte confortável, o maior escore (46,34).

## DISCUSSÃO

A transição epidemiológica ocorrida no Brasil tem trazido diversos desafios à rede de atenção à saúde. Condições crônicas como a DRC exigem do serviço de saúde uma abordagem multidisciplinar, proativa e longitudinal para o manejo dos casos. Em contrapartida, os pacientes que convivem com a DRC necessitam reorganizar a sua vida, adaptando-a às limitações causadas pela doença.

Nesse sentido, nosso estudo demonstrou que a DRC impacta significativamente a QV dos pacientes, em todos

os seus componentes, uma vez que os escores de QV encontrados foram baixos em todas as dimensões. Apesar de alguns valores apresentarem-se discretamente maiores, estiveram longe de representarem uma boa QV.

A predominância do sexo masculino em nossos resultados pode ser reflexo da baixa procura aos serviços de saúde pelos homens, sobretudo em relação aos cuidados de promoção da saúde e prevenção das doenças. Estudo realizado no sul do país identificou que 58,23% das pessoas que realizavam hemodiálise eram do sexo masculino e situavam-se na faixa etária entre 40 a 65 anos<sup>8</sup>, resultado semelhante ao encontrado nesse estudo.

Escore de QV mais elevados foram encontrados entre os homens, assim como a avaliação entre pacientes do interior e capital, os maiores escores continuaram sendo para o sexo masculino residentes no interior. Isto pode estar relacionado ao fato de que a mulher, mesmo doente, continua com as responsabilidades domésticas e de cuidadora da família.

Em relação à faixa etária, o maior número de pacientes encontrava-se com idade maior que 60 anos e residia em sua maioria no interior. Estudo similar observou que 57 anos foi a média de idade encontrada para os pacientes em tratamento hemodialítico.<sup>(9)</sup> Considerando que a DRC ocorre com maior frequência em pessoas com idade mais avançada, a maior prevalência dessa faixa etária era esperada. Ademais, com o aumento da expectativa de vida, aumenta a ocorrência de doenças crônicas.<sup>(10)</sup>

Neste estudo, a maioria dos participantes pertencia à classe média baixa de acordo com a classificação da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD).<sup>(11)</sup> Assim também, a maioria revelou baixo nível escolar. As iniquidades sociais, relacionadas à renda e escolaridade, constituem fatores dificultadores para acesso aos serviços de saúde. Esses dados corroboram o estudo no qual a maioria dos pacientes tinha renda familiar de, no máximo, dois salários mínimos.<sup>(9)</sup> Ainda em relação à situação econômica, pacientes do interior com baixa renda apresentaram maiores escores de QV quando comparados aos da capital. Esse achado pode sugerir que os custos necessários para uma melhor QV sejam menores em cidades do interior.

A baixa escolaridade foi evidente em nossos resultados. Sabe-se que a escolaridade é fundamental para o autocuidado nas diferentes fases do processo saúde-doença, pois possibilita a adequada compreensão das orientações fornecidas pela equipe de saúde a respeito do tratamento e prevenção de complicações. Pesquisas realizadas com pacientes renais crônicos nos estados de São Paulo<sup>(12)</sup> e Paraíba<sup>(13)</sup> encontraram resultados semelhantes em relação à escolaridade. Esse fato demonstra que, independente da região do país, a baixa escolaridade é uma realidade a ser contornada no processo de cuidado pelos profissionais de saúde.

Os pacientes que moravam no interior apresentaram maiores escores de QV, embora realizassem o deslocamento até o local de tratamento por meio de transporte próprio, coletivo intermunicipal ou do serviço de saúde. Por outro lado, pacientes que utilizavam transporte próprio apresentaram melhor QV, comparando-se àqueles que utilizavam os demais tipos de transporte.

Estudo realizado em Minas Gerais<sup>(14)</sup> evidenciou que o governo entregou 93 micro-ônibus modernos e confortáveis a Consórcios Intermunicipais de Saúde, para transporte dos pacientes de pequenos municípios que necessitavam de tratamento e exames especiais fora do seu domicílio, atendendo a um dos preceitos do Sistema Único de Saúde, que é a garantia de acesso. Já no estudo realizado no Maranhão,<sup>(6)</sup> verificou-se que os meios de

transporte comumente utilizados pelos pacientes são veículos tipo “van”, ambulâncias ou táxis, geralmente mal conservados, sendo que as despesas eram por conta das prefeituras municipais. Raramente esse transporte é feito em micro-ônibus.

Quanto à natureza do transporte usado (público ou privado), houve uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que usam o transporte privado, sendo que os do interior apresentaram maior escore no componente físico. O transporte para a unidade de terapia renal é de responsabilidade do estado para com as pessoas vulneráveis,<sup>(9)</sup> sendo uma questão de justiça social e equidade. A maioria dos pacientes tem garantido esse serviço pelo seu município de origem. Todavia, significativa parcela desses pacientes não usufrui desse direito.

Apesar dos pacientes residentes no interior do estado terem apresentado maiores escores de QV, só houve diferença estatisticamente significativa em alguns itens como: efeitos da doença renal relacionado com o conforto durante a viagem.

Os pacientes deste estudo necessitavam locomover-se do interior para a capital para realização do tratamento, isto porque Sergipe é um estado composto por 75 municípios e as clínicas especializadas em doença renal encontram-se concentradas na capital, Aracaju. Além da capital, somente um município, sede do agreste central do estado, possui uma clínica de hemodiálise.

O uso do serviço de diálise é parte da rotina semanal desses pacientes, o tempo de deslocamento até o serviço pode impactar a QV do paciente, visto que se soma ao período que o paciente passa em diálise. Estudo revela que despende maior tempo até o serviço esteve associado à autoavaliação de saúde ruim. O maior tempo gasto no trajeto até o serviço diminuiria ainda mais o tempo disponível para outras atividades, podendo inclusive incidir sobre o sono e influenciar a satisfação com o cuidado recebido nos serviços de diálise.<sup>(12)</sup> Em contrapartida, os participantes do presente estudo, apesar de residirem no interior e terem necessidade de locomoção, apresentaram melhores escores de QV.

Segundo o estudo realizado no Maranhão<sup>9</sup>, o paciente que reside distante do serviço de diálise sofre verdadeira reviravolta em sua vida, tendo que se mudar para outra localidade para realizar o tratamento, ou realizar viagens bastante longas, uma vez que o estado do Maranhão é territorialmente extenso e possui estradas em péssimas condições de conservação. Diferente da realidade de Sergipe<sup>15</sup>, o qual é o menor estado da federação, com extensão territorial de 21.915.116 Km<sup>2</sup> e o município sergipano mais distante da capital fica a 195 Km.

Nossos resultados demonstram que, na maioria das categorias, os pacientes residentes no interior apresentaram escores maiores em relação à QV. Muitos são os fatores que podem justificar esses achados, dentre eles, pode-se inferir que a população da capital seja mais exigente em relação à QV, pois quem mora na capital vivencia a correria da cidade grande e está exposto com maior frequência a momentos de estresse, como no cotidiano deslocamento de casa para o trabalho e escola, enfrentando dificuldades oferecidas pela mobilidade urbana. Somando-se ao maior nível de esclarecimento, o que pode favorecer a maior exigência para satisfação de suas necessidades refletindo na percepção da QV.

A predominância de pacientes com idade avançada e a presença de comorbidades constituíram fatores dificultadores para esses pacientes responderem os questionários.

Acredita-se que os resultados do presente estudo ajudem os profissionais da enfermagem a entenderem a dinâmica do cotidiano de pacientes com a doença renal crônica em tratamento hemodialítico e, assim, possam desenvolver planos assistenciais voltados para a melhoria da qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que pacientes do sexo masculino, com idade média de 40 anos, com maior escolaridade e procedentes

do interior apresentaram melhores escores para QV. No entanto, não houve diferença na QV entre os grupos avaliados, o que significa que esta é comprometida pela DRC.

## Contribuições

Amanda Santos Andrade participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Josivânia Santos Lima: participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Caíque Jordan Nunes Ribeiro: participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Luzineide de Jesus Bezerra Modesto: participou da concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Mariana Costa Larré participou concepção do estudo; redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Ana Dorcas de Melo Inagaki participou concepção do estudo; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Ana Cristina Freire Abud participou concepção e desenho do estudo; revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

- Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(2):248-53.
- Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. *J Bras Nefrol.* 2017; 39(3):261-66.
- Nifa S, Rudnicki T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Rev SBPH.* 2010;13(1):64-75.
- Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41:1403-9.
- Abreu IS, Santos CB. Impacto da insuficiência renal crônica na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2014;16(4):833-41.
- Duarte PS, Ciconelli RM, Sesso R. Cultural adaptation and validation of the 'Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)' in Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(2):261-70.
- Hays RD, Kallich J, Mapes D, Coons S, NaseenA, William B, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) Version 1.3: A manual for use and scoring.* RAND on line. 1997 [citado 2018 Mar 12]: 7994.
- Locatelli C, Spanevello S, Colet CF. Perfil medicamentoso de pacientes sob tratamento de terapia renal substitutiva em um Hospital do Rio Grande do Sul. *Rev Soc Bras Clin Méd.* 2015;13(4):240-5.
- Coutinho NP, Tavares MC. Atenção ao paciente renal crônico, em hemodiálise, sob a ótica do usuário. *Cad Saúde Coletiva.* 2011;19(2):232-9.
- Silva GM, Gomes IC, Machado EL, Rocha FH, Andrade EIG, Acúrcio FA, et al. Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. *Physis.* 2011;21(2):581-600.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2010.
- Ferreira RC, Silva Filho CR. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *J Bras Nefrol.* 2011;33(2):129-35.
- Tavares CD, Nascimento MS. Análise da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Nova Físio.* 2012;15(88).
- Moreira TR, Giatti L, Cesar CC, Andrade EI, Acúrcio FA, Cherchiglia ML. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(10):1-11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Área territorial brasileira [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2018. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default\\_territ\\_area.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm)

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FOCO NO PROBLEMA E NOS RISCOS

NURSING DIAGNOSES IN THE INTENSIVE CARE UNIT: FOCUS ON THE PROBLEM AND RISKS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTENSIVA: ENFOQUE EN EL PROBLEMA Y LOS RIESGOS

Alexsandra Martins da Silva<sup>1</sup>

Kátia Cilene Godinho Bertoncello<sup>1</sup>

Tatiana Gaffuri da Silva<sup>1</sup>

Lúcia Nazareth Amante<sup>1</sup>

Stefhanie Conceição de Jesus<sup>1</sup>

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

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

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

(<https://orcid.org/0000-0002-5440-2094>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9716-5471>)

## Descritores

Diagnóstico de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Unidades de terapia intensiva; Enfermagem

## Descriptors

Nursing diagnosis; Nursing care; Intensive care units; Nursing

## Descriptores

Diagnóstico de enfermería; Atención de enfermería; Unidades de cuidados intensivos; Enfermería

## Recebido

22 de Abril de 2020

## Aceito

17 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

manuscrito extraído de dissertação "Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva", 2018, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

## Autor correspondente

Alexsandra Martins da Silva

E-mail: alexsandramns.enf@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os diagnósticos de enfermagem, com foco no problema e nos riscos, documentados na prática clínica pelos enfermeiros, no cuidado de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, documental e descritivo. Foram selecionados 122 prontuários no setor de arquivo médico, por amostragem aleatória simples, com nível de significância de 99%, no recorte temporal de um ano, 2016 a 2017. Elegeram-se prontuários com histórico e diagnóstico preenchidos por enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva ou por estudantes de enfermagem com assinatura do enfermeiro responsável, nas primeiras 24 horas após admissão dos pacientes. Excluíram-se prontuários com rasuras e/ou ausência de laudas em sua sequência cronológica.

**Resultados:** Foram identificados 809 títulos de diagnósticos de enfermagem, destes 375 (46,3%) com foco nos riscos e 434 (53,7%) com foco no problema. Destacaram-se com as maiores porcentagens os diagnósticos: nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais (98,4%); déficit no autocuidado (96,7%); risco de infecção (92,6%); troca de gases prejudicada (71,3%); risco de integridade da pele prejudicada (54,9%).

**Conclusão:** A identificação dos diagnósticos de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva possibilita aos enfermeiros reconhecerem as demandas do cotidiano assistencial, para planejamento e tomada de decisões focadas, resolutivas e efetivas no cuidado intensivo.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the nursing diagnosis focusing on the problem and risks documented in clinical practice by nurses caring of patients in Intensive Care Unit.

**Methods:** Quantitative, transversal, documentary and descriptive study. 122 medical records were selected in the medical file sector, by simple random sampling, with a significance level of 99%, over a one-year time frame, 2016 to 2017. Medical records with a history and diagnosis filled out by nurses from the Intensive Care Unit or by nursing students signed by the responsible nurse were chosen in the first 24 hours after the patients' admission. Medical records with erasures and / or absence of pages in their chronological sequence were excluded.

**Results:** 809 titles of nursing diagnosis were identified, of these 375 (46.3%) with a focus on risks and 434 (53.7%) with a focus on the problem. The diagnosis stood out with the highest percentages: unbalanced nutrition, less than body needs (98.4%); deficit in self-care (96.7%); risk of infection (92.6%); impaired gas exchange (71.3%); risk of impaired skin integrity (54.9%).

**Conclusions:** The identification of nursing diagnosis in the Intensive Care Unit enables nurses to recognize the demands of everyday care, for planning and decision making focused, resolute and effective in intensive care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los diagnósticos de enfermería centrándose en el problema y los riesgos documentados en la práctica clínica por enfermeras, en la atención de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, documental y descriptivo. Se seleccionaron 122 registros médicos en el sector de archivos médicos, mediante muestreo aleatorio simple, con un nivel de significancia del 99%, durante un periodo de tiempo de un año, 2016 a 2017. Si es elegido los registros médicos con un historial y diagnóstico completados por enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos o por estudiantes de enfermería firmados por la enfermera responsable en las primeras 24 horas después de la admisión de los pacientes. Se excluyeron los registros médicos con borrados y / o ausencia de páginas en su secuencia cronológica.

**Resultados:** Se identificaron 809 títulos de diagnósticos de enfermería, de estos 375 (46.3%) con un enfoque en riesgos y 434 (53.7%) con un enfoque en el problema. Los diagnósticos se destacaron con los porcentajes más altos: nutrición desequilibrada, menor que las necesidades corporales (98.4%); déficit de autocuidado (96.7%); riesgo de infección (92.6%); intercambio de gas deteriorado (71.3%); riesgo de deterioro de la integridad de la piel (54.9%).

**Conclusion:** La identificación de los diagnósticos de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos permite a las enfermeras reconocer las demandas de la atención diaria, para la planificación y la toma de decisiones enfocadas, resolutivas y efectivas en cuidados intensivos.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

## Como citar:

Silva AM, Bertoncello KC, Silva TG, Amante LN, Jesus SC. Diagnósticos de enfermagem na unidade de terapia intensiva: foco no problema e nos riscos. *Enferm Foco*. 2021;12(1):26-32.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3506

## INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizado por atividades assistenciais complexas, que exigem competência técnica e científica, tomada de decisão imediata e adoção de condutas seguras, diretamente relacionadas à sobrevivência dos pacientes.<sup>(1,2)</sup> Envolve um conjunto de elementos como tecnologias, conhecimento científico e cuidado humanístico, que no exercício do “Ser Enfermagem”, instiga nos profissionais comprometidos com a qualidade do cuidado oferecido, a busca pelo aprimoramento do raciocínio clínico em prol de uma assistência que satisfaça as necessidades dos envolvidos nesse processo.<sup>(3-5)</sup>

Como tecnologia e método do cuidado, tem-se a utilização do Processo de Enfermagem (PE). Os Diagnósticos de Enfermagem (DE), segunda etapa desse processo, fortalece a práxis de um cuidado seguro ao expressar as respostas dos indivíduos às situações vividas, e no cotidiano da assistência, caracterizar os serviços de atendimento à saúde quanto ao tipo de usuário. Conforme a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), a especificidade dos DE, requer dos enfermeiros conhecimento específico para a identificação adequada a cada área de atuação em conformidade com os regulamentos e preceitos legais da profissão.<sup>(6)</sup>

Ademais, utilizar os DE permitem à equipe de enfermagem e de saúde, padronização da linguagem, facilitando o compartilhamento do cuidado e de todo contexto de saúde apresentado pelo paciente e relatado no registro. Favorece também o gerenciamento das informações e a retroalimentação contínua do cuidado de enfermagem.

Assim, identificar os DE, seus fatores relacionados por características definidoras e os fatores de risco, possibilita aos enfermeiros reconhecer sua área de atuação.<sup>(6)</sup> O conhecimento do perfil diagnóstico por meio de uma linguagem padronizada também subsidia ações gerenciais, como dimensionamento de pessoal e educação permanente, favorecendo o fortalecimento da identidade profissional da enfermagem a partir da visualização clara dos fenômenos que são levados em conta no domínio da profissão.<sup>(7,8)</sup>

Nesse sentido, vários estudos têm buscado identificar os DE mais frequentes nos espaços de saúde e, ou ainda, em determinado grupo de pessoas, como pacientes portadores de Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Arterial, Doença Renal Crônica, entre outras situações patognômicas.<sup>(9-13)</sup> No entanto, poucos se associam à frequência diagnóstica com os domínios e classes oriundos da Classificação Taxonômica da NANDA-I para robustecer os DE que determinam a identidade de uma área.<sup>(6)</sup>

Nesse sentido, a realização de estudos que buscam suprir essa lacuna do conhecimento, vai ao encontro da priorização dos cuidados e satisfação de necessidades vigentes.<sup>(14)</sup>

Dessa forma, o presente estudo tem como questão de pesquisa: Quais os Diagnósticos determinados pelo enfermeiro no ambiente da UTI? E como objetivo: Analisar os diagnósticos de enfermagem, com foco no problema e nos riscos, documentados na prática clínica pelos enfermeiros, no cuidado de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

## MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, documental e descritivo.

Desenvolvido em uma UTI geral de um hospital público do Oeste Catarinense. Nesta unidade, o enfermeiro, na internação do paciente, faz a admissão, e após estabilização clínica, coleta os dados referentes ao exame físico, diretamente com o paciente. Além disso, realiza o histórico de enfermagem e colheita de outros dados com familiares, equipe responsável pela unidade de origem e prontuário com papéis, exames, entre outros. Na sequência, identifica os DE com suas características definidoras e fatores relacionados, dando seguimento, da mesma forma, as demais etapas do PE.

A população foi composta por prontuários dos pacientes internados na UTI entre 1 de dezembro de 2016 a 31 de novembro de 2017, presentes no Setor de Arquivo Médico, com histórico de enfermagem e DE, preenchidos nas primeiras 24 horas de internação.

O cálculo amostral, para a determinação do número de prontuários, foi baseado em uma população de 459 pacientes internados na unidade, no período selecionado, por corresponder aos primeiros 12 meses de implantação do PE na respectiva unidade. Adotou-se o programa SESTATNET, com nível de significância de 99% e amostra calculada de 122 pacientes e respectivamente prontuários clínicos. A seleção foi realizada por meio da técnica de amostragem aleatória simples, a partir da numeração em ordem crescente do livro de registros das internações na unidade. Foram eleitos os prontuários que possuíam histórico e diagnóstico preenchidos por enfermeiros da UTI ou por estudantes de enfermagem com assinatura do enfermeiro responsável, nas primeiras 24 horas após admissão dos pacientes. Excluiu-se os prontuários rasurados e/ou ausência de laudas em sequência cronológica.

A coleta de dados ocorreu entre março e maio de 2018, com digitação dos DE identificados em planilha Excel, construída pelas autoras. Foram extraídos os DE, e dados

relativos ao paciente, como sexo, idade e diagnóstico médico (conforme categorias do CID-10).

Os dados foram analisados utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequências absoluta e relativa. A discussão dos dados foi realizada utilizando como ponto de corte frequência dos DE igual ou superior a 50%.

O estudo respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere a pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer sob nº 2.537.092.

## RESULTADOS

Dos 122 prontuários analisados, a maioria pertencia a pacientes do sexo masculino 68 (55,7%). A faixa etária variou entre 18 e 98 anos, sendo 68,3% dos pacientes com idade maior ou igual a 60 anos, a média de idade foi de 64 anos, a mediana de 66,5 e o desvio padrão de 17,5 anos. Os diagnósticos médicos predominantes foram as Neoplasias 19 (15,6%); Doenças do sistema nervoso 20 (16,4%); Doenças do aparelho respiratório 21 (17,2%); e as causas externas de morbidade e de mortalidade 31 (25,4%), correspondendo a 74,6% do total da análise realizada nos registros (n=122). A frequência dos DE e o foco ao qual está direcionado será apresentada na tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição da frequência dos Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema e no risco (n=809)

Foco do diagnóstico de enfermagem	Títulos diagnósticos	Frequência
Problema	14(41,2)	434(53,7)
Risco	20(58,8)	375(46,3)
Total	34(100)	809(100)

A distribuição da frequência dos DE, conforme os domínios e as classes da NANDA-I (2018-2020), é apresentada na tabela 2.

## DISCUSSÃO

O estudo evidencia elevada frequência de pacientes do sexo masculino com predominância das condições agudas e crônicas. Relaciona-se aos aspectos culturais de procura mínima da figura masculina pela assistência à sua saúde e a carência de programas específicos para a promoção da saúde e prevenção de doenças nos serviços de atenção básica, além da menor demanda dos homens nos serviços de saúde.<sup>(15)</sup>

Com relação à média de idade dos pacientes internados na UTI, observou-se aumento significativo, em decorrência

**Tabela 2.** Distribuição da frequência dos diagnósticos de enfermagem, conforme os domínios e as classes da NANDA-I (n=34)

Domínio	Classe	Título diagnóstico	Frequência n(%)
Nutrição	Ingestão	Nutrição Desequilibrada, menos que as necessidades corporais	120(98,4)
		Deglutição prejudicada	1(0,8)
	Metabolismo	Risco de Glicemia Instável	57(46,7)
		Risco de função hepática prejudicada	2(1,6)
	Hidratação	Risco de desequilíbrio eletrolítico	5(4,1)
Eliminação e troca	Função gastrointestinal	Risco de constipação	10 (8,2)
	Função respiratória	Troca de gases prejudicada	87(71,3)
	Sono/ repouso	Distúrbio no padrão de sono	8(6,6)
Atividade/ repouso	Atividade/ exercício	Mobilidade física prejudicada	40(32,8)
		Mobilidade no Leito prejudicada	8(6,6)
		Risco de síndrome do desuso	4(3,3)
	Respostas cardiovasculares/ pulmonares	Débito Cardíaco diminuído	4(3,3)
		Risco de débito cardíaco diminuído	1(0,8)
		Padrão Respiratório Ineficaz	4(3,3)
		Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz	1(0,8)
		Ventilação espontânea prejudicada	1(0,8)
		Risco de perfusão renal ineficaz	1(0,8)
	Autocuidado	Déficit no autocuidado	118(96,7)
Percepção/ cognição	Cognição	Risco de confusão aguda	1(0,8)
	Comunicação	Comunicação Verbal Prejudicada	9(7,4)
Autopercepção	Autoconceito	Risco de dignidade humana comprometida	1(0,8)
	Autoestima	Risco de baixa autoestima situacional	2(1,6)
Princípios da vida	Coerência entre valores/ crenças/ atos	Risco de sofrimento espiritual	3(2,5)
	Infecção	Risco de infecção	113(92,6)
Segurança/ proteção	Lesão física	Risco de aspiração	14(11,5)
		Risco de choque	13(10,7)
		Integridade da Pele prejudicada	31(25,4)
		Risco de integridade da pele prejudicada	67(54,9)
		Risco de lesão na córnea	5(4,1)
		Risco de lesão por pressão	33(27,0)
		Risco de sangramento	1(0,8)
Risco de ressecamento ocular	41(33,6)		
Conforto	Conforto físico	Conforto Prejudicado	2(1,6)
		Náusea	1(0,8)

do envelhecimento da população que, como fenômeno mundial, tem ampliado mensalmente, em todo mundo, cerca de um milhão de pessoas com mais de 60 anos.<sup>(16)</sup> Estima-se que, em 2050, pessoas acima de 65 anos de idade correspondam a cerca de 20% da população brasileira, colocando o Brasil entre os sete países com as maiores populações de idosos, o que implica maior número de internações de pessoas nessa faixa etária.<sup>(16)</sup>

Quanto à identificação dos DE, apesar dos 809 DE levantados pelos enfermeiros durante o processo assistencial, somente 34 títulos diagnósticos foram identificados, explicitando a presença de DE comuns a determinadas

áreas, e a partir disso, a conformação ou identidade dos espaços de saúde. Na mesma direção, pesquisa realizada em uma UTI de um hospital geral da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil entre 2011 e 2012, alcançou semelhantes resultados, com 832 DE e 52 diferentes títulos diagnósticos de enfermagem.<sup>(6)</sup> Desse modo sobressai a necessidade de realizar este tipo de estudo em outras unidades de saúde, possibilitando aos profissionais conhecer o perfil diagnóstico de determinadas áreas de atividade e avançar com estudos que promovam, por meio dos resultados apresentados, intervenções cada vez mais acuradas aos pacientes.

Superando a identificação dos DE mais frequentes, destacou-se como foco dos diagnósticos do ambiente da UTI, àqueles voltados aos fatores de risco com 20 títulos (58,8%) e uma frequência de 375 (46,3%), seguidos daqueles direcionados para o problema com 14 títulos (41,2%) e uma frequência de 434 (53,7%). Evidencia-se, assim, uma assistência de enfermagem centrada na prevenção de situações que podem agravar a condição clínica do paciente crítico e na recuperação de condições que integram o desequilíbrio da homeostase. O estabelecimento de diagnósticos de risco intensifica a importância do emprego do PE na gestão dos riscos, sendo fundamental para as ações destinadas à prevenção e à promoção da saúde.<sup>(17)</sup>

Tais evidências, no entanto, suscitam dúvidas relativas à maior facilidade de os enfermeiros detectarem condições de risco do que problemas reais. Está relacionado com o raciocínio clínico? Com a forma com que foram ensinados a oferecer o cuidado? Muito têm-se a refletir sobre isso. Ainda no que tange ao foco dos DE, segundo o NANDA-I, os diagnósticos centrados no problema estão relacionados com a "resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo de vida que existe em um indivíduo, família, grupo ou comunidade".<sup>(6)</sup> Por sua vez, os diagnósticos direcionados aos fatores de risco, correspondem a um estado de "susceptibilidade de um indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida".<sup>(6)</sup>

Quanto à classificação, os DE são organizados por domínios e classes. Os domínios consistem numa área de interesse ou uma área sob a qual, exercem controle; já as classes representam um grupo de DE com estrutura similar que compõe e dão sustentação aos domínios.<sup>(6)</sup>

Dos 34 (100%) títulos diagnósticos identificados no estudo, destacaram-se os pertencentes aos domínios de Atividade/repouso e Segurança/proteção, concordando com resultados de outros estudos da literatura nacional e internacional.<sup>(18,19)</sup>

Não foram identificados títulos diagnósticos dos domínios referente à Promoção da saúde, Papéis e relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, e Crescimento/desenvolvimento, tal qual os resultados evidenciados no estudo semelhante realizado na Nigéria.<sup>(19)</sup>

Os domínios de Atividade/repouso e Segurança/proteção, confirmam as características dos pacientes internados na UTI, e do próprio ambiente, com destaque para a gravidade dos pacientes e imobilidade associado ao risco de lesões e infecção.<sup>(19)</sup> Autores corroboram, ao descreverem que a fraqueza muscular é uma complicação recorrente em pacientes em UTI, sendo caracterizada por fraqueza difusa e simétrica, que envolve a musculatura dos membros e dos músculos respiratórios, aumentando tempo de desmame, internação e risco de infecção.<sup>(20)</sup>

Os domínios não identificados: Promoção da saúde, Papéis e relacionamentos, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao estresse, e do Crescimento/desenvolvimento podem ser justificados pelas características clínicas e prioridades dos pacientes hospitalizados na UTI, os quais, em especial na primeira avaliação feita pelos enfermeiros, demandam cuidados e intervenções imediatas, buscando a manutenção e restabelecimento hemodinâmico. Uma vez que, os dados coletados deste estudo corresponderam as primeiras 24 horas de internação, ou seja, do primeiro PE realizado após a internação na UTI.

A despeito do número de DE identificados, optou-se por discutir aqueles com frequência acima de 50% (n=5): Nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais, seguido de Déficit no autocuidado, Risco de infecção, Troca de gases prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada por evidenciarem os principais eixos identitários da UTI.

O DE, Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, esteve presente em 120 (98,4%) prontuários dos pacientes hospitalizados na UTI. Tem como definição, segundo NANDA-I a "ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer às necessidades metabólicas".<sup>(6)</sup> A nutrição contribui para a saúde e para o bom funcionamento do organismo. No caso de hospitalização, o estado nutricional sofre a influência da condição física e emocional, por isso a avaliação nutricional precoce é fundamental para a recuperação dos pacientes.<sup>(10)</sup>

Os pacientes internados na UTI, geralmente possuem necessidade metabólica acima do metabolismo basal associado a situações clínicas como à intolerância à dieta, ocorrência de vômitos, diarreia, presença de resíduos gástricos, distensão abdominal, entre outros.<sup>(21)</sup> O estado nutricional do paciente, durante este período, pode variar

desde o normal até desnutrição moderada ou mesmo grave, sendo também influenciada pela presença de comorbidades como obesidade, câncer ou sarcopenia relacionada à idade, e variar durante o tempo de evolução na UTI na presença de modificações das funções dos órgãos.<sup>(22)</sup>

Cabe ao enfermeiro, por meio da realização do PE, diagnosticar esta necessidade e intervir junto à equipe multiprofissional, em especial o nutricionista, buscando alternativas terapêuticas que auxiliem o paciente a recuperar e manter o metabolismo basal adequado à sua recuperação. A enfermagem deve ficar atenta às anotações no balanço hídrico, peso do paciente e quaisquer intercorrências na administração de dieta, evitando a interrupção desnecessária da infusão.<sup>(8,10)</sup>

O DE, Déficit no autocuidado para alimentação, banho, higiene íntima e para vestir-se esteve presente em 118 (96,7%) dos pacientes hospitalizados na UTI, resultado semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido na Itália em 2013, em que 100% dos pacientes tinham esse diagnóstico, e ao encontrado por outro autor no mesmo ano, com 85,7% de frequência.<sup>(23,24)</sup> A definição deste DE, segundo NANDA-I é a “incapacidade de alimentar-se”, de “completar as atividades de limpeza do corpo”, de “realizar tarefas associadas à eliminação vesical e intestinal”, “incapacidade de vestir e retirar roupas de forma independente”, respectivamente.<sup>(6)</sup>

Na ocorrência de agravos, o ser humano torna-se dependente de cuidados com déficits nas atividades da vida diária, tanto físicas quanto fisiológicas, incluindo a necessidade de alimentação, de se banhar, usar o toalete, vestir-se e deambular.<sup>(19)</sup> Na UTI, são inúmeros os fatores que limitam e inviabilizam o autocuidado por parte dos pacientes, fato diretamente relacionado a sua gravidade e condição clínica,<sup>(1)</sup> impondo ao profissional enfermeiro a necessidade do julgamento clínico acurado e o planejamento de ações.<sup>(23,25)</sup>

Para tanto, a avaliação atenta e adequada do paciente com a inter-relação de aspectos metabólicos e de processos biofísicos e bioquímicos orgânicos são condições *sine qua non* para cuidados efetivos que atendam em especial as necessidades prioritárias e o retorno e/ou manutenção do bem-estar.<sup>(23,26)</sup>

O DE, Risco de infecção esteve presente em 113 (92,6%) dos pacientes hospitalizados na UTI, resultado semelhante ao encontrado por outro estudo, o qual registrou frequência equivalente a 96,5%<sup>23</sup>. A definição deste DE, segundo NANDA-I, é a “Susceptibilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde”.<sup>(6)</sup>

O paciente crítico apresenta de cinco a 10 vezes maior risco de infecção do que os pacientes internados em outros

ambientes hospitalares (representando aproximadamente 20% do total de casos registrados de infecção em um hospital).<sup>(23)</sup> Tal prevalência evidencia a vulnerabilidade dos pacientes, em especial, nesta unidade de internação, frente aos microrganismos patogênicos, relacionados à condição crítica do paciente, visto que está exposto a vários fatores de risco, como procedimentos invasivos, feridas cirúrgicas, comorbidades, doenças crônicas, estado nutricional prejudicado, emprego de terapia imunossupressora, e a própria defesa primária e secundária.<sup>(1)</sup>

Igualmente, deve-se considerar como fator importante para esta discussão a adoção ou não de medidas profiláticas, como isolamentos, higienização de mãos e número de profissionais, fatores estes que interferem diretamente no risco de infecção, comprometendo a recuperação dos pacientes internados.<sup>(27)</sup>

A importância da prevenção e educação permanente, o trabalho do enfermeiro ganha destaque ao realizar o DE, e elaborar as intervenções adequadas aos pacientes, visando uma assistência de enfermagem que contemple medidas eficazes no controle de infecção.<sup>(1,19)</sup>

O DE Troca de gases prejudicada, presente em 87 (71,3%) dos pacientes hospitalizados na UTI, tem como definição segundo NANDA-I “Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar”.<sup>(6)</sup> Alterações no padrão respiratório são comuns em pacientes de UTI, por serem graves, apresentarem rebaixamento do nível de consciência e muitas vezes requererem intubação e tratamento respiratório coadjuvante.<sup>(8)</sup>

Condições patognomônicas afetam o sistema respiratório e associam-se às alterações na troca com diminuição da razão entre ventilação e perfusão e redução da área de superfície total disponível da membrana respiratória.<sup>(28)</sup> Todavia, o enfermeiro e sua equipe precisam estar atentos aos dados oriundos da monitorização dos variados sistemas, em especial o hemodinâmico e o respiratório, com avaliação de exames laboratoriais, além de auxiliar o paciente na adoção de posturas que favoreçam a dinâmica respiratória.<sup>(8,20)</sup>

O enfermeiro e equipe precisam estar atentos aos dados oriundos da monitorização dos variados sistemas, em especial o hemodinâmico e o respiratório, com avaliação de exames laboratoriais, além de auxiliar o paciente na adoção de posturas que favoreçam a dinâmica respiratória.<sup>(8,20)</sup>

Quanto ao DE Risco de integridade da pele prejudicada, esteve presente em 67 (54,9%) dos pacientes hospitalizados na UTI, sendo sua definição, segundo NANDA-I, a “Susceptibilidade a alteração na epiderme e/ou derme que pode comprometer a saúde”.<sup>(6)</sup> Os pacientes internados na

UTI estão mais predispostos a agravos no que tange à integridade da pele, devido prolongado contato com superfícies úmidas, lençóis enrugados, fricção e abrasão.<sup>(23,29)</sup>

Inúmeras condições relacionadas e secundárias a outros DE favorecem a perda da integridade da pele. De fato, a enfermagem sempre teve grande preocupação com este diagnóstico devido aos cuidados com situações evitáveis, e, em razão disto, muitos estudos foram desenvolvidos nesta temática. Dado a isso, os DE presentes na UTI e identificados neste estudo, que representam risco para o DE Risco de integridade da pele prejudicada, mais frequentes, foram: Nutrição desequilibrada, Déficit no autocuidado, seguido pelo Risco de glicemia instável e Mobilidade física prejudicada.

Este DE considera fatores externos como causadores de lesão. Porém inclui fatores nutricionais, medicamentosos, senilidade e distúrbios hidroeletrolíticos, como causadores da diminuição de turgor e diminuição de glândulas sudoríparas e sebáceas, com consequente ressecamento, enrugamento e pigmentação.<sup>(30)</sup>

Como forma de prevenção, a utilização de protocolos e instrumentos, como a Escala de *Braden*, que reflete o grau de percepção sensorial, umidade, atividade física, nutrição, mobilidade, fricção e cisalhamento; viabilizam a manutenção da integridade da pele.<sup>(31)</sup> Considerando que, as lesões constituem um problema grave à saúde dos pacientes.<sup>(32)</sup> Neste contexto, prevenir e/ou tratar precocemente são considerados elementos constituintes da qualidade assistencial.

Destaca-se a importância de a equipe de enfermagem priorizar a resolução dos DE com foco no problema, e da identificação dos diagnósticos de risco, a partir da avaliação diária do paciente, já que um cuidado efetivo interferirá no desfecho final. Destacando-se a complexidade dos pacientes que exigem uma gama de cuidados intensivos pela equipe de enfermagem.

Outros estudos são necessários com a finalidade de ampliar a busca dos dados, para além da primeira avaliação realizada pelos enfermeiros, momento crítico na UTI, que por questões de prioridade desconsidera alguns domínios, classes e DE, e investigar as razões pelo predomínio dos

diagnósticos de risco, mesmo em unidades onde a instabilidade clínica prevalece.

Esta pesquisa contribui para a qualificação da assistência de enfermagem, uma vez que a identificação dos DE na UTI possibilita, aos enfermeiros, reconhecer as demandas impostas no cotidiano assistencial, para planejamento e tomada de decisões focadas, resolutivas e efetivas ao cuidado intensivo.

## CONCLUSÃO

O estudo permite apontar que a prática clínica subsidiada pela identificação da conformação clínica de unidades e serviços de saúde corrobora a prática baseada em evidência, uma vez que, permite aos profissionais enfermeiros, reconhecer as características clínico-epidemiológicas dos pacientes, no caso, em cuidados intensivos, e estabelecer intervenções cada vez mais assertivas. A identificação dos DE na UTI geral adulto mostra que a ação da equipe de enfermagem requer constante atenção, domínio científico e efetividade, com olhar clínico voltado para a condição do paciente, tratamento e recuperação. A inter-relação dos diagnósticos de risco e foco no problema, com alta frequência nesta investigação, demonstram a importância da avaliação recorrente, contínua e minuciosa do enfermeiro a partir do conhecimento, para a consolidação da prática da enfermagem baseada em evidência.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## CONTRIBUIÇÕES

Alexsandra Martins da Silva: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados. Kátia Cilene Godinho Bertoncello: concepção e/ou desenho do estudo. Tatiana Gaffuri da Silva: coleta, análise e interpretação dos dados. Lúcia Nazareth Amante: redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Stefhanie Conceição de Jesus: revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Silva RS, Lima MO, Bandeira AT, Sampaio AA, Paixão GP. Prevalent nursing diagnosis in patients hospitalized in intensive care unit: an integrative review. *Rev Enferm Contemp*. 2016;5(2):242-52.
2. Lima WG, Nunes SF, Alvarez AM, Valcarengui RV, Bezerra ML. Main nursing diagnoses in hospitalized elderly people who underwent urological surgery. *Rev Rene*. 2015;16(1):72-80.
3. Sanches RC, Gerhardt PC, Rêgo AS, Carreira L, Pupulim JS, Radovani CA. Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):48-54.
4. Santos EL, Dórea SN, Maciel MP, Santos LK, Silva MB, Moraes MG. Humanized care: perception of intensive care nurses. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:e23680.

5. Bertonecello KC, Belaguarda ML. Avaliação das necessidades humanas básicas na terapia intensiva: regulação cardiovascular. In: Vargas MAO, Nascimento EP, organizadores. PROENF - Terapia Intensiva: Programa de Atualização em Enfermagem. Porto Alegre (RS): Secad; 2018. p.129-72.
6. Herdman TH, Kamitsuri S. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
7. Trindade LR, Ferreira AM, Silveira A, Rocha EM. Nursing process: challenges and strategies for its implementation from the nurses' point of view. *Rev Saúde (St. Maria)*. 2016;12(1):75-82.
8. Ferreira AM, Rocha EM, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros AL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):285-93.
9. Nogueira GA, Oliveira BG, Santana RF, Cavalcante AC. Nursing diagnoses in patients with chronic venous ulcer: observational study. *Rev Eletr Enf*. 2015;17(2):333-9.
10. Araújo DD, Almeida NG, Silva PM, Ribeiro NS, Werling-Alvarenga A, Chianca TC. Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2689.
11. Lima AA, Jesus DS, Silva TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis*. 2018;28(3):e280320.
12. Pereira JM, Flores PV, Figueiredo LS, Arruda CS, Cassiano KM, Vieira GC, et al. Nursing Diagnoses of hospitalized patients with heart failure: a longitudinal study. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):929-36.
13. Debone MC, Pedruncci ES, Candidall MC, Marques S, Kusumota L. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):800-5.
14. Oliveira IM, Silva RC. Comparison of the diagnostic accuracy of undergraduate students and nurses in residency programs. *Rev. Min Enferm*. 2016;20:e952.
15. Rodriguez AH, Bub MB, Perão OF, Rodriguez MJ. Epidemiological characteristics and causes of deaths in hospitalized patients under intensive care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):210-4.
16. Zampieri FG, Soares M, Borges LP, Salluh JI, Ranzani OT. The Epimed Monitor ICU Database®: a cloud-based national registry for adult intensive care unit patients in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(4):418-26.
17. Lemos RX, Raposo SO, Coelho EO. Diagnósticos de enfermagem identificados durante o período puerperal imediato: estudo descritivo. *R Enferm Cent O Min*. 2012;2(1):19-30.
18. Cabral VH, Andrade IR, Melo EM, Cavalcante TM. Prevalence of nursing diagnoses in an intensive care unit. *Rev Rene*. 2017;18(1):84-90.
19. Adejumo PO, Akolade VF. Nursing diagnosis domains utilized in the intensive care unit of a tertiary hospital in Ibadan, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2014;43(2):167-75.
20. Teixeira AC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral em unidade de terapia intensiva: infusão versus necessidades. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(4):331-7.
21. Singer P, Cohen J. Como simplificar a nutrição na unidade de terapia intensiva?. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016;28(4):369-372.
22. Castellan C, Sluga S, Spina E, Sanson G. Nursing diagnoses, outcomes and interventions as measures of patient complexity and nursing care requirement in Intensive Care Unit. *J Adv Nurs*. 2016;72(6):1273-86.
23. Gomes RK, Lopes MV. Nursing diagnosis in individuals admitted to the intensive therapy unit. *Av Enferm*. 2013;31(2):74-82.
24. Costa SR, Castro EA, Acioli S. Selfcare ability of hospitalized adults and elderly people: impact on nursing care. *Rev Min Enferm*. 2013;17(1):192-9.
25. Alencar SR, Paixão GP, Abreu MS, Camargo CL. Teoria do Autocuidado na Assistência Materno-infantil: uma revisão sistemática. *Rev das Ciências da Saúde do Oeste Baiano-Higia*. 2016;1(1): 85-94.
26. Zottele C, Magnago TS, Dullius AI, Kolankiewicz AC, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03242.
27. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza AC, Paranaguá TT, Bezerra AL, Bachion MM, et al. Vital signs measurement: An indicator of safe care delivered to elderly patients. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1071-8.
28. Rolim LR, Melo EM, Frota NM, Almeida NG, Barbosa IV, Caetano JÁ. Knowledge of the intensive care unit nursing professional about arterial gasometry. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(1):713-21.
29. Sousa RG, Santana AB. Risco de integridade da pele prejudicada: avaliação e conduta de enfermagem frente às úlceras por pressão (UPP) em pacientes em terapia intensiva. *Univ Ciênc Saúde*. 2016;14(2):167-73.
30. Andrade RZ, Resende MC. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Perspect Psicol*. 2014;18(1):194-213.
31. Creutzberg M, Aguilera NC, Cardoso PC, Barbosa TL, Ceolin LD, Stein K, et al. Fatores de risco para úlceras de pressão em idosos em Unidade de Terapia Intensiva. *Enferm Foco*. 2011;2(2):133-6.
32. Otto C, Schumacher B, Wiese LP, Ferro C, Rodrigues RA. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. *Enferm Foco*. 2014;10(1):7-11.

# FORMAÇÃO ACADÊMICA E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS PARA A PRÁTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

ACADEMIC EDUCATION AND PROFESSIONAL QUALIFICATION OF NURSES FOR PRACTICE IN PALLIATIVE CARE

FORMACIÓN ACADÉMICA Y CALIFICACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMEROS PARA LA PRÁCTICA EN ATENCIÓN PALIATIVA

Wagner Maciel Sarmiento<sup>1</sup>Poliana Carla Batista de Araújo<sup>1</sup>Bruno Neves da Silva<sup>1</sup>Cicera Renata Diniz Vieira Silva<sup>1</sup>Rosimery Cruz de Oliveira Dantas<sup>1</sup>Gerlane Cristinne Bertino Vêras<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0003-3410-9381><https://orcid.org/0000-0001-6862-7035><https://orcid.org/0000-0001-9854-4492><https://orcid.org/0000-0002-0928-8386><https://orcid.org/0000-0002-3699-5172><https://orcid.org/0000-0002-3866-4668>**Descritores**

Enfermagem; Assistência à saúde; Cuidados paliativos; Qualificação profissional; Programas de graduação em enfermagem

**Descriptors**

Nursing; Health assistance; Palliative care; Professional qualification; Undergraduate nursing programs

**Descriptores**

Enfermería; Asistencia de salud; Cuidados paliativos; Calificación profesional; Programas de pregrado en enfermería

**Recebido**

12 de Maio de 2020

**Aceito**

11 de Fevereiro de 2021

**Conflitos de interesse:**

nada a declarar.

**Autor correspondente**

Wagner Maciel Sarmiento

E-mail: [wagner.m.sarmiento94@gmail.com](mailto:wagner.m.sarmiento94@gmail.com)**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a percepção dos enfermeiros acerca de sua formação acadêmica e qualificação profissional para a prestação de Cuidados Paliativos.

**Métodos:** Estudo de campo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizado com 14 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, processados utilizando-se do *software* IRAMUTEQ® e analisados em uma perspectiva temática e categorial.

**Resultados:** Foram construídas duas categorias temáticas: Categoria 1 - Conhecimento dos enfermeiros sobre Cuidados Paliativos; Categoria 2 - Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prestação de Cuidados Paliativos. A maioria dos participantes referiu não haver nenhuma disciplina sobre a temática nas instituições de ensino onde cursaram a graduação e nenhum deles participou de Educação Permanente em Saúde sobre o tema, sugerindo conhecimento limitado dos profissionais sobre Cuidados Paliativos, condição que reflete negativamente na qualidade da assistência.

**Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de aproximação dos enfermeiros com os Cuidados Paliativos em seu processo formativo e de qualificação profissional, visando o desenvolvimento de competências necessárias para prestar uma assistência eficiente.

**ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the nurses' perception of their academic education and professional qualification for the provision of Palliative Care.

**Methods:** Field study of a descriptive nature with a qualitative approach, conducted with 14 nurses from the Family Health Strategy in the municipality of Cajazeiras, Paraíba. Data were collected through semi-structured interviews, processed using the IRAMUTEQ® software and analyzed in a thematic and categorial perspective.

**Results:** Two thematic categories were constructed: Category 1 - Nurses' knowledge about Palliative Care; Category 2 - Academic education and professional qualification of nurses for the provision of Palliative Care. Most participants reported not having discipline about the theme in the institutions where they finished their degrees and none participated in Permanent Health Education about the theme, being able to suggest limited knowledge of professionals about Palliative Care, which reflects negatively on the quality of the assistance.

**Conclusion:** The need to approach nurses with palliative care is evident in their education and professional qualification process for developing necessary skills to provide efficient assistance.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar la percepción de los enfermeros de su educación académica y calificación profesional para la provisión de Cuidados Paliativos.

**Métodos:** Estudio de campo de carácter descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 14 enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar en el municipio de Cajazeiras, Paraíba. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, procesadas usando el *software* IRAMUTEQ® y analizadas en una perspectiva temática y categorial.

**Resultados:** se construyeron dos categorías temáticas: Categoría 1 - conocimiento de los enfermeros sobre cuidados paliativos; Categoría 2 - formación académica y calificación profesional de enfermeros para la prestación de cuidados paliativos. La mayoría de los participantes informaron que no tenían disciplina sobre el tema en las instituciones donde completaron sus títulos y ninguno participó en la Educación Permanente en Salud sobre el tema, lo que puede sugerir un conocimiento limitado de profesionales en Cuidados Paliativos, lo que se refleja negativamente en la calidad de la asistencia.

**Conclusión:** La necesidad de acercar a los enfermeros a los cuidados paliativos es evidente en su proceso de capacitación y calificación profesional para el desarrollo de las habilidades necesarias para proporcionar una asistencia eficiente.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.**Como citar:**

Sarmiento WM, Araújo PC, Silva BN, Silva CR, Dantas RC, Vêras GC, et al. Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em cuidados paliativos. *Enferm Foco*. 2021;12(1):33-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3805

## INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos (CP) se referem a uma modalidade assistencial destinada aos indivíduos que convivem com uma doença sem possibilidade de cura, ultrapassam o contexto de morte e objetivam abrandar os fatores que interferem negativamente na vida dos pacientes e seus familiares.<sup>(1)</sup>

Os CP possuem como princípios norteadores, a prevenção e controle de sintomas, promoção da independência e autonomia do sujeito, intervenções de natureza biológica, psicológica, social e espiritual direcionadas aos usuários e seus familiares, os quais devem ser desenvolvidos em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.<sup>(1)</sup>

Ressalta-se o papel da enfermagem, categoria comprometida com a prestação de CP, que se destaca pela aptidão em oferecer cuidados integrais perante o sofrimento enfrentado pelos indivíduos.<sup>(2,3)</sup>

Por isso, se faz necessário um olhar mais atento para a prática assistencial e o desenvolvimento de cuidados que possam de forma eficiente, minimizar o impacto da doença na vida do doente, de seus familiares e de seus cuidadores. Nessa fase, o processo de cuidar é prioritário ao processo de tratar, pois o objetivo não é preservar a vida e sim, torná-la mais confortável e digna.<sup>(4)</sup>

Por todos os desafios demandados na oferta dos CP, é essencial que os profissionais estejam devidamente preparados, para que sejam capazes de atender às reais necessidades da população e prestar uma assistência satisfatória.<sup>(5)</sup>

Para tanto, a preparação deve ser iniciada na graduação e perdurar por toda a vida profissional, seja por iniciativa própria ou ofertada pelo serviço, pensando sempre na lógica da educação permanente em saúde (EPS).

Sendo assim, acredita-se ser relevante compreender aspectos sobre a formação dos enfermeiros acerca dos CP, visto que reflete diretamente na qualidade da assistência e a fragilidade de conhecimentos acerca desse tema se configura como um obstáculo para sua efetivação. Nesse contexto, objetivou-se avaliar a percepção dos enfermeiros acerca de sua formação acadêmica e qualificação profissional para a prestação de Cuidados Paliativos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, realizado com 14 profissionais enfermeiros atuantes nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cajazeiras, no Estado da Paraíba que se enquadraram nos critérios de seleção pre-estabelecidos, a saber, enfermeiros atuantes há mais de seis meses na ESF e que se encontraram na escala de trabalho no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2018, por meio de entrevista gravada, tendo como guia um formulário semiestruturado, aplicado pelo pesquisador após contato prévio com os enfermeiros para explicar a pesquisa, solicitar participação e, mediante concordância, agendar data e horário para a realização da entrevista. Ressalta-se que este foi o único contato prévio entre participantes e pesquisador. O formulário foi aplicado de forma individualizada, após consentimento e assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas aconteceram nas Unidades de Saúde da Família onde os participantes exerciam seu processo de trabalho, em sala reservada, silenciosa e sem intercorrências, com tempo médio de onze minutos e quarenta segundos, sendo gravadas pelo pesquisador utilizando-se de aparelho celular modelo MOTO G®.

Para análise dos dados, adotou-se o método de Análise de Conteúdo (AC) proposto por Laurence Bardin<sup>6</sup>. Inicialmente, os dados foram transcritos e submetidos à pré-análise, que compreende a operacionalização e sistematização das ideias iniciais. Nessa etapa, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas transcritas, o que possibilitou organizá-las em um *corpus* textual. Subsequentemente, procedeu-se à etapa de exploração do material, que envolve a aplicação sistemática das decisões tomadas, de maneira informatizada ou manual, e consiste em operações de enumeração, codificação ou decomposição, conforme regras formuladas previamente. Por fim, o tratamento dos resultados, que é a análise crítica e reflexiva, culminando nas interpretações inferenciais.<sup>(6)</sup>

A operacionalização dessa etapa se deu de maneira informatizada, a partir da utilização do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®), em que foi realizado o método de classificação hierárquica descendente (CHD) para a codificação dos dados.

O IRAMUTEQ permite a realização de análise estatística do *corpus* do texto, o que favoreceu para um olhar mais criterioso sobre o material coletado e fornece maior confiabilidade ao estudo qualitativo<sup>5</sup>.

Constatou-se, com o processamento, que o *corpus* foi constituído por 37 textos, separados em 343 segmentos de textos (ST) e aproveitamento de 286 STs (83,38%), sugerindo uma boa confiabilidade do estudo por apresentar-se acima de 70% de ST.<sup>(7)</sup>

O método da CHD dividiu o *corpus* em duas partições, que deram origem, cada uma, a duas classes. As classes 1 e 2, com retenção de 24,5% e 17,5% de ST's, respectivamente, e as classes 3 e 4, com 35,3% e 22,7% de retenção de ST's

respectivamente, que contribuíram para a delimitação de duas categorias temáticas na terceira etapa da AC, o tratamento dos resultados, na qual os dados foram analisados de forma a possuírem significado e validade, e permitiram propor inferências e desenvolver interpretações relacionadas aos objetivos esperados.<sup>(6)</sup>

Para preservar o anonimato dos participantes, as falas utilizadas foram identificadas com a letra “E”, seguida de um número arábico, de acordo com a ordem das entrevistas.

Na descrição do relato da pesquisa, foi utilizada a diretriz denominada *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), que permite a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos.<sup>(8)</sup>

Ressalta-se que o estudo obedeceu aos preceitos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>9</sup>, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer de número 2.434.724.

## RESULTADOS

Dentre os entrevistados, constata-se maioria do sexo feminino (78,5%), com idade entre 31 e 40 (71,5%) anos e, média de 32 anos ( $\pm 6,23$ ), sendo 7 (50%) casados e 7 (50%) solteiros. No que se refere a formação, a maioria foi graduado em instituição privada (71,5%), com pós-graduação a nível *lato sensu* (92,9%), porém nenhuma delas direcionada aos CP.

A partir da análise lexical pelo IRAMUTEQ®, o *corpus* geral foi constituído por 37 textos, separados em 343 segmentos de textos (ST) e aproveitamento de 286 STs (83,38%), sugerindo uma boa confiabilidade do estudo por apresentar-se acima de 70% de ST.<sup>7</sup>

A realização da AC possibilitou a construção de duas categorias temáticas, intituladas “Conhecimento dos enfermeiros sobre Cuidados Paliativos” e “Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prestação de Cuidados Paliativos”.

### Categoria 1 – Conhecimento dos enfermeiros sobre Cuidados Paliativos

Diferentes concepções sobre CP foram observadas, no entanto, dois entrevistados remeteram a ideia de assistência destinada exclusivamente aos indivíduos que se encontram em fase terminal, decorrente de neoplasias, conforme se observa abaixo.

*É o que se pode fazer quando tem aqueles pacientes que tá em estado terminal, de câncer, né? Que às vezes o remédio já não tá mais servindo, então você pode entrar com esses Cuidados Paliativos (E 01).*

*É aquele cuidado dispensado ao usuário, seja pelo familiar ou pelo profissional de saúde, que é pra amenizar as manifestações advindas de algum problema de saúde, no caso, um câncer (E 09).*

A limitação acerca do conhecimento sobre CP pode ser identificada também, na fala de cinco entrevistados, ao delimitá-los à terminalidade, independentemente da doença que acomete o indivíduo, como exposto a seguir.

*São os cuidados para aquelas pessoas que estão mais debilitadas, no caso, os pacientes que estão, pelo que eu sei, só em estado terminal (E 02).*

*Na Atenção Básica a gente tem muito paciente acamado, muito paciente em fase terminal, é onde a gente pode tá usando esses Cuidados Paliativos, entendeu? (E 06).*

*Cuidados paliativos que eu entendo são, assim, amenizar, né? Os pacientes que tem doenças crônicas em fase terminal, né isso? (E 11).*

Um dos entrevistados remeteu à ideia de que os CP eram oferecidos quando não havia mais possibilidades terapêuticas para o paciente.

*Para aqueles pacientes que não tem mais opção, que não tem mais o que fazer, tipo assim, só orientá-los e tentar acalmar, por que não tem mais o que fazer, né? (E 05).*

Em posição contrária aos pensamentos expostos anteriormente, os quais tornavam a assistência limitada, sete entrevistados revelaram um conceito mais amplo sobre os CP, propondo uma assistência mais abrangente, como observado nas falas a seguir.

*Entendo que seja o direcionamento dos cuidados dos pacientes pra direcionar pra eles uma maior dignidade no resto do tempo de vida, proporcionar a questão do cuidado integral, e, a partir dos Cuidados Paliativos, a gente procura garantir a dignidade, a continuidade do cuidado pra que as pessoas consigam ter uma morte digna (E 03).*

*A gente tende a amenizar a problemática que ele tá sentindo, aliviar a sintomatologia, melhorar a qualidade de vida do paciente, prestando uma assistência qualificada e de acordo com as possibilidades que é permitido diante da patologia que ele tá apresentando (E 04).*

*Cuidados Paliativos, são os cuidados que são oferecidos ao paciente que possam amenizar o sofrimento,*

*melhorando a dignidade de vida, por exemplo, controlar a dor, uma troca de curativos, oferece uma melhor alimentação, uma troca de posição para gerar um conforto melhor (E 14).*

A espiritualidade foi referida por apenas um dos entrevistados, como discutido na fala abaixo.

*[...] a espiritualidade dele, porque nesse momento que espiritualidade vem bem forte, porque ele sabe que pode ir a óbito, né? Que vai sair de um plano e ir pra outro (E 09).*

Outros assuntos considerados importantes para a prestação de CP, como comunicação, assistência à família, luto, empatia, humanização, entre outras, não foram mencionadas ou foram pouco abordadas pelos participantes durante as entrevistas.

## **Categoria 2 – Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prestação de Cuidados Paliativos**

Quando questionados sobre a formação acadêmica, 13 entrevistados referiram não ter disciplinas específicas sobre o tema nas matrizes curriculares das instituições onde concluíram a graduação e essa ausência resultou em uma formação deficitária nesta temática em questão.

*Muito falha, porque a gente não falava muito em Cuidados Paliativos (E 06).*

*Bem deficiente. Não teve, praticamente. Isso era uma temática que não foi abordada na graduação, tive muito pouco acesso (E 07).*

*Eu considero que foi superficial, não foi nada muito aprofundado em relação a questão de Cuidados Paliativos e ficou bem aquém do que a gente necessitaria para poder sair preparado para efetivar esses cuidados (E 09).*

A baixa frequência com que o assunto é discutido e a carência de disciplinas voltadas aos CP nos cursos de graduação em enfermagem, fazem com que os enfermeiros sintam dificuldades para conduzir esses cuidados e lidar com os desafios emergentes dessa modalidade assistencial. Fato que pode ser evidenciado a partir dos relatos abaixo.

*Na faculdade a gente não teve, então quando a gente vai realmente para a prática, a gente sente um pouco de dificuldade por não ter visto em sala de aula (E 06).*

*Eu acho que se eu tivesse tido mais acesso a Cuidados Paliativos dentro da graduação, na formação sólida mesmo, talvez eu tivesse bem mais experiência, quando eu tivesse que encarar um Cuidado Paliativo desse eu acho que eu me sentiria mais segura (E 07).*

*A gente não consegue abordar essa temática com tanta frequência, com a devida atenção na academia, então a gente quando chega no serviço vai ter dificuldade quando encontra esses pacientes (E 13).*

Os participantes do estudo reconheceram a necessidade de EPS sobre CP direcionada aos profissionais.

*Aqui na nossa área tem bastante pessoas que precisam de Cuidados Paliativos, pacientes com traqueostomia, acamados, caquético e isso exige uma educação permanente do enfermeiro para que ele possa atuar de maneira efetiva, de maneira científica também (E 03).*

*A Educação Permanente em Saúde é importante porque aqui no PSF a gente lida muito com pessoas acamadas e prostradas, a maioria são idosos e o índice de câncer aqui é altíssimo, HIV, infarto (E 10).*

*Deveria ter capacitação pra quando a gente lidar com uma situação semelhante a gente ter um pouco mais de conhecimento sobre isso e manejar da melhor forma possível, né? (E 13).*

Apesar dos enfermeiros mencionarem a necessidade de qualificação e a dificuldade para prestar assistência paliativa e relacioná-la a pouca ou nenhuma aproximação com o tema durante a academia, tais profissionais não consideraram preencher essa lacuna, visto que nenhum dos entrevistados participou de EPS, atualizações e/ou capacitações relacionadas à temática em questão.

Ademais, outro entrave observado no estudo em tela, que dificulta a pertinente qualificação do enfermeiro é a falta de interesse sobre a temática, referida por três entrevistados, como mostram os relatos a seguir.

*Na verdade, eu nunca me interessei nesse assunto, assim, gosto de outras áreas como saúde da mulher, da criança [...] aí nunca me interessei pra essa área aí não (E 02).*

*[...] A minha área é saúde da família e emergência, então nunca me interessei por Cuidados Paliativos não (E 07).*

*Quando eu fui fazer minha pós, por exemplo, eu nunca me interessei. Eu me interessei por fazer UTI e urgência e emergência, por exemplo (E 14).*

## DISCUSSÃO

Em relação ao perfil da amostra, observa-se predominância do sexo feminino, como evidenciado por outros estudos,<sup>(10,11)</sup> fato que pode ser justificado pelo contexto cultural e histórico, em que, no setor saúde, a função de cuidar sempre foi realizada predominantemente por mulheres,<sup>(2)</sup> o que se presume manter influência sobre os dias atuais.

Em relação ao estado civil, a pesquisa em tela apresentou proporções semelhantes para os profissionais casados e solteiros, divergindo de outros estudos,<sup>(10-13)</sup> os quais identificaram uma maior prevalência de enfermeiros casados.

No que tange à titulação, ressalta-se uma parcela expressiva de enfermeiros que possuem pós-graduação a nível *lato sensu*, porém nenhuma direcionada aos CP. Isso pode ser explicado pelo fato de que, CP é um tema relativamente incipiente e existem poucas pós-graduações direcionadas a essa temática no Brasil.<sup>(14)</sup>

*A priori*, os CP foram propagados em torno de pacientes com câncer, porém não se restringem a uma modalidade de tratamento oncológico, sendo destinados também a indivíduos que apresentam outras comorbidades crônicas-degenerativas, sem possibilidade de cura.<sup>(1)</sup>

A compreensão restrita à terminalidade por câncer ou quaisquer outras doenças que acometem o indivíduo, aponta para uma estigmatização em torno dessa modalidade assistencial, cujo entendimento pode limitar os cuidados oferecidos pelos enfermeiros e dar margem para que sejam aplicados excepcionalmente nessas situações.

Tal percepção sugere um déficit acerca dos conhecimentos sobre CP, haja vista que os mesmos devem ser oferecidos aos usuários desde o momento do diagnóstico de uma doença incurável e ameaçadora da vida, de forma a garantir o acolhimento com compreensão e atitude humanizadora, oferecendo-lhes apoio e escuta qualificada para auxiliá-los durante todo o curso da doença, cuidados no fim da vida e no processo de morte, bem como no enfrentamento do luto pela família, não se restringindo à terminalidade.<sup>(15)</sup>

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, todos os pacientes com alguma doença grave, progressiva e sem possibilidade de cura, devem receber CP desde o seu diagnóstico, pois o que classifica sua indicação é a forma como o indivíduo vivencia a doença e o grau de sofrimento acarretado por ela e não a probabilidade de o paciente morrer.<sup>(16)</sup>

Ressalta-se que mesmo sem um prognóstico positivo para a cura, ainda há muito o que se fazer, pois o enfrentamento de uma doença incurável pode causar dor, limitações físicas, desgaste emocional, sofrimentos psicológicos e espirituais. Assim, os CP podem auxiliar no controle desses

sintomas.<sup>(17)</sup> Desta forma, é possível assegurar a dignidade e bem-estar durante todo o curso da doença e até os últimos momentos da vida do paciente em CP, os quais devem ser valorizados, tanto quanto nos primeiros momentos.

Sabe-se que o oferecimento de cuidados compreende a essência principal do processo de trabalho do enfermeiro, pois mesmo diante da impossibilidade de cura, a prescrição de cuidados é essencial. Destaca-se, portanto, a imprescindível e evidente competência dos enfermeiros para a prestação de CP, como discutido em outros estudos.<sup>(2,18-20)</sup>

À vista disso, a atuação paliativista perpassa o modelo assistencial tradicional e hospitalocêntrico, cujo foco é a cura.<sup>(17)</sup> Esse tipo de ação pretende, a partir de seus princípios, encarar a morte como algo natural, sem a pretensão de antecipá-la ou adiá-la; contribuir para que o sujeito viva de forma mais ativa possível até a morte; integrar aspectos psicológicos e espirituais; oferecer apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e até o enfrentamento do luto.<sup>(21)</sup>

Porém, os participantes da pesquisa não abordaram o luto em seus relatos, desconsiderando-o como parte integrante dos CP. Os familiares podem vivenciar esse processo pós-óbito do paciente ou de forma antecipatória, sem que ele tenha ocorrido efetivamente. Frente a isto, os CP visam garantir apoio para tornar essa vivência um processo razoável e prevenir complicações decorrentes do luto.<sup>(22,23)</sup>

Ademais, outros aspectos que também são considerados imprescindíveis à assistência paliativa, como a comunicação verbal e/ou não verbal, transpessoal e interpessoal, assistência à família, humanização, uso de tecnologias leves, como escuta ativa, criação de vínculo, empatia, não foram mencionados ou foram pouco abordados durante as entrevistas, sugerindo um déficit na compreensão e conhecimentos superficiais acerca dos CP. Esses achados corroboram com outras pesquisas, as quais também identificaram fragilidades semelhantes no conhecimento dos enfermeiros acerca do tema.<sup>(24,25-27)</sup>

Tais inferências podem ser consequência da baixa exploração da temática durante todo o processo formativo do enfermeiro, identificado no estudo em tela, haja vista que a maioria expressiva dos entrevistados não possuiu disciplinas específicas sobre CP durante a graduação em enfermagem e nenhum deles participou de programas de EPS sobre o tema.

A escassez de disciplinas sobre CP enquanto temática teórica e/ou vivencial também foi identificada por Ribeiro *et al.*,<sup>(28)</sup> os quais constataram uma reduzida oferta de disciplinas que versam sobre a promoção dos Cuidados Paliativos nos currículos de graduação em enfermagem no Brasil

Além disso, as limitações percebidas nos relatos dos entrevistados também podem estar correlacionadas ao fato de que durante a formação acadêmica o foco ainda está centrado no modelo biomédico,<sup>27</sup> com isso, a maior parte da formação na área da saúde aborda como reestabelecer a cura, cujo tipo de ensino tende a formar profissionais igualmente mecanicistas, contrapondo-se com a filosofia dos CP, os quais visam superar os paradigmas de cura, mostrando que até mesmo nos últimos momentos de vida do paciente, é possível oferecer assistência, apoio e cuidados.<sup>(20,29)</sup>

Todavia, os profissionais enfermeiros possuem dificuldades para fornecer assistência e lidar com os CP, relacionando-as justamente à falta de aproximação com o tema durante suas formações, uma vez que o conhecimento insuficiente irá trazer consequências prejudiciais à assistência prestada pelo profissional de saúde que atua constantemente ao lado do paciente com doenças sem possibilidade de cura.<sup>(30-32)</sup>

Diante da situação referida pelos enfermeiros, a ausência da oferta de disciplinas durante a graduação de enfermagem e a necessidade cada vez maior por CP, torna-se imprescindível a participação desses profissionais em programas de EPS sobre o tema, para seu aprimoramento e maior qualidade do atendimento,<sup>(26)</sup> pois profissionais com mais experiência e/ou formação no âmbito dos CP apresentam conhecimento estatisticamente maior sobre aqueles que não possuem tais características.<sup>(33)</sup>

A fragilidade do estudo em tela relaciona-se ao local onde aconteceu a pesquisa, pois pode refletir a realidade local, impedindo a generalização dos resultados. Não obstante, os achados são considerados válidos, uma vez que corroboram com estudos semelhantes, realizados em localidades diversas.

A presente pesquisa poderá promover a reflexão por parte das instituições de ensino, sobre a adoção dos CP como disciplina fundamental na formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros, bem como contribuir para sensibilizar tais profissionais e despertar o interesse acerca da temática afim de agregar competências à

sua formação e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que os enfermeiros da ESF perceberam déficit na capacitação para a prestação de CP, o que decorreu da falta de aproximação com o tema durante o seu processo formativo e da ausência de EPS sobre a temática. Este fato é refletido na negligência a essa modalidade de assistência, que muito tem crescido em virtude do aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A falta de aproximação com o tema torna-o pouco atrativo, fazendo com que os trabalhadores busquem aperfeiçoamentos limitados a conteúdos aos quais foram apresentados, mesmo possuindo dificuldades para prestar assistência paliativa decorrente da fragilidade no conhecimento. Assim, acredita-se ser extremamente importante sensibilizar enfermeiros e gestores, para que seja estimulada a fomentação e participação em EPS acerca dos CP como modalidade assistencial, contribuindo, assim, para a melhoria na qualidade da assistência aos pacientes e familiares que necessitam de tais cuidados.

## Contribuições

Wagner Maciel Sarmiento contribuiu na concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Poliana Carla Batista de Araújo contribuiu na análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Bruno Neves da Silva contribuiu na análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito.; Cícera Renata Diniz Vieira Silva contribuiu na redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Rosimery Cruz de Oliveira Dantas contribuiu na redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Gerlane Cristinne Bertino Véras contribuiu na concepção e/ou desenho do estudo análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Av.* 2016;30(88):155-66.
2. Sousa JM, Alves ED. Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3): 264-9.
3. Markus LA, Betioli SE, Souza SJ, Marques FR, Migoto MT. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. *Rev Gest Saúde.* 2017;17(Supl 1):71-81.
4. Vasconcelos EV, Santana ME, Silva SE. Desafios da enfermagem nos cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enferm Foco.* 2012;3(3):127-30.
5. Ferreira MA, Pereira AM, Martins JC, Barbieri FM. Palliative care and nursing in dissertations and theses in Portugal: a bibliometric study. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):317-23.
6. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.

7. Salviati ME. Manual do aplicativo Iramuteq. Planaltina; [Internet] 2017[cited 2019 fev 11]; Available from: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Health Care Qual.* 2007;19(6): 349-57
9. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Diário Oficial [da] União [Internet]. 2012 [cited 2019 fev 11]; 150(112). Available from: [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. Moreira IJ, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-12.
11. Silva LD, Fernandes DR, Cruz JN, Lago EC, Lima CHR, Landim CAP. Aspectos sociodemográficos do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família atuante na educação em diabetes mellitus. *Rev Interdiscip.* 2016;9(1):153-60.
12. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm foco.* 2015;6(4): 9-14.
13. Araújo MA, Lunard Filho WD, Alvarenga MR, Oliveira RD, Souza JC, Vidmantas S. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(11):4716-25.
14. Garcia JB, Rodrigues RF, Lima SF. La estructuración de un servicio de cuidados paliativos en Brasil – Relato de una experiencia. *Braz J Anesthesiol.* 2014;64(4):286-91.
15. Vasconcelos GB, Pereira PM. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. *Rev Adm Saúde.* 2018;18(70):1-18.
16. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de cuidados paliativos. 2.ed. [Internet] Rio de Janeiro; 2012 [cited 2019 fev 12]; Available from: [https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual\\_de\\_cuidados\\_paliativos\\_ancp.pdf](https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/manual_de_cuidados_paliativos_ancp.pdf)
17. Roth AR, Canedo AR. Introduction to Hospice and Palliative Care. *Prim Care.* 2019;46(3):287-302.
18. Carvalho GA, Menezes RM, Enders BC, Teixeira GA, Dantas DNA, Oliveira DR. Meanings attributed to palliative care by health professional in the primary care context. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2): 1-9.
19. Picollo DP, Fachini M. A atenção do enfermeiro ao paciente em cuidado paliativo. *Rev Ciênc Méd.* 2017;27(2):85-92.
20. Phillips J, Johnston B, McIlfratrick S. Valuing palliative care nursing and extending the reach. *J Palliat Med.* 2020;2(34):157-9.
21. World Health Organization (WHO). WHO Definition of palliative care. Genève: WHO; 2020 [cited 2029 abr 25]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
22. Braz MS, Franco MH. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicol Cienc Prof.* 2017;37(1):90-105.
23. Nyatanga B. Supporting the bereaved in palliative care. *Br J Community Nurs.* 2019;24(8):399.
24. Sousa JM, Alves ED. Nursing competencies for palliative care in home care. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(3): 264-9.
25. Anderson WG, Puntillo K, Cimino J, Noort J, Pearson D, Boyle D, Herman, H, et al. Palliative care professional development for critical care nurses: a multicenter program. *Am J Crit Care.* 2017;26(5): 361-17.
26. Guerrero OD, Cantero OJ, Castañeda GR. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. *Rev Colomb Enferm.* 2019;18(1): 1-8.
27. Flierman I, Nugteren IC, Seben VR, Buurman BM, Willems DL. How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study. *BMC Palliat Care.* 2019;18(1): 5-10.
28. Ribeiro BS, Coelho TO, Boery RN, Vilela AB, Yarid SD, Silva RS. Ensino dos cuidados paliativos na graduação em enfermagem do Brasil. *Enferm Foco.* 2019;10(6):131-6.
29. Schneider N, Lueckmann SL, Kuehne F, Klindtworth K, Behmann M. Developing targets for public health initiatives to improve palliative care. *BMC Public Health.* 2010;10(1):222.
30. Almeida CS, Nascimento ACA, Santos BA, Santos L, Oliveira CG. Importância do Conhecimento em Cuidados Paliativos na Formação dos Acadêmicos de Enfermagem: Revisão Integrativa. In Congresso Internacional de Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2019 abr 27];1(1): 1-3. Available from: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5664/2077>
31. Cruz RA, Arruda AJ, Agra G, Costa MM, Nóbrega VK. Reflections about the palliative care in the nursing graduation context. *J Nurs UFPE on line.* 2016;10(8): 3101-7.
32. Oliveira MC, Gelbcke FL, Rosa LM, Oliveira VM, Reis JB. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. *Enferm Foco.* 2016;7(1): 28-32.
33. Sierra EC, Sabater MA, Moñux LY. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25(19):1-9.

# COMPREENDENDO O ATENDIMENTO PRESTADO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PERCEPÇÃO FAMILIAR

UNDERSTANDING THE SERVICE PROVIDED BY A MULTIPROFESSIONAL TEAM AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN FAMILY PERCEPTION

ENTENDER EL SERVICIO PROPORCIONADO POR UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL EN PERCEPCIÓN FAMILIAR

Allana Roberta da Silva Pontes<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-7490-9175>)

Paula Antunes Bezerra Nacamura<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-7106-7478>)

Marcelle Paiano<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-7597-784X>)

Maria Aparecida Salci<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-6386-1962>)

Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0001-9825-3062>)

Lígia Carreira<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0003-3891-4222>)

Jéssica dos Santos Pini<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0003-3077-4093>)

André Estevam Jaques<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0001-7874-9589>)

## Descritores

Família; Transtornos relacionados ao uso de substâncias, Serviços comunitários de saúde mental

## Descriptors

Family; Substance-related disorders; Community mental health services

## Descriptores

Família; Transtornos relacionados con sustancias; Servicios comunitarios de salud mental

## Recebido

17 de Maio de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Marcelle Paiano

E-mail: marcellepaiano@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender qual a percepção das famílias em relação ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde que atuam no Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

**Métodos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa sete familiares que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em um município de médio porte do Sul do país. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2019, por meio de entrevista semiestruturada. A análise de dados foi conduzida pela análise de conteúdo, organizadas e agrupadas em duas categorias.

**Resultados:** O atendimento multiprofissional, grupal e o papel da assistente social foram considerados como pontos positivos do serviço. Entretanto, a falta de divulgação e desconhecimento do funcionamento do serviço, incompatibilidades de horários dos familiares em participar das atividades propostas, rotatividade dos profissionais de saúde e a fragmentação do vínculo foram apontados como desafios para melhorar a assistência prestada aos familiares.

**Conclusão:** O estudo reconhece a importância do atendimento às famílias em centros de atenção psicossocial, e salienta a importância de propor novas estratégias para que a família esteja cada vez mais envolvida no tratamento do usuário e no seu próprio.

## ABSTRACT

**Objective:** Understand the perception of families in relation to the care received by health professionals who work at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs.

**Methods:** Descriptive study with a qualitative approach. Seven family members who attend a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs participated in the study in a medium-sized municipality in the south of the country. Data collection took place from August to September 2019, through semi-structured interviews. Data analysis was conducted by content analysis, organized and grouped into two categories.

**Results:** Multiprofessional, group care and the role of the social worker were considered as positive points of the service. However, the lack of disclosure and ignorance of the service's functioning, incompatibilities of family members' schedules to participate in the proposed activities, turnover of health professionals and the fragmentation of the bond were pointed out as challenges to improve the assistance provided to families.

**Conclusion:** the study recognizes the importance of assisting families in psychosocial care centers, and stresses the importance of proposing new strategies so that the family is increasingly involved in the treatment of the user and their own.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la percepción de las familias en relación a la atención que reciben los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Atención Psicossocial por Alcohol y Drogas.

**Métodos:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Siete miembros de la familia que asisten a un Centro de Atención Psicossocial para el Alcohol y las Drogas participaron en el estudio en un municipio de tamaño mediano en el sur del país. La recolección de datos tuvo lugar de agosto a septiembre de 2019, a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos se realizó mediante análisis de contenido, organizado y agrupado en dos categorías.

**Resultados:** La atención multiprofesional, grupal y el rol del trabajador social fueron considerados puntos positivos del servicio. Sin embargo, la falta de divulgación e ignorancia del funcionamiento del servicio, las incompatibilidades de los horarios de los miembros de la familia para participar en las actividades propuestas, la rotación de profesionales de la salud y la fragmentación del vínculo se señalaron como desafíos para mejorar la asistencia brindada a las familias.

**Conclusión:** el estudio reconoce la importancia de ayudar a las familias en los centros de atención psicossocial y subraya la importancia de proponer nuevas estrategias para que la familia participe cada vez más en el tratamiento del usuario y de los suyos.

<sup>1</sup>Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Apucarana, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

## Como citar:

Pontes AR, Nacamura PA, Paiano M, Salci MA, Radovanovic CA, Carreira L, et al. Compreendendo o atendimento prestado por equipe multiprofissional em centro de atenção psicossocial na percepção familiar. *Enferm Foco*. 2021;12(1):40-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3839

## INTRODUÇÃO

Atualmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem exemplo da implementação de políticas públicas em saúde mental que privilegiam a transição do modelo hospitalocêntrico para uma perspectiva holística. A assistência ofertada por estes contempla cuidados integrais ao paciente e à sua família, contribuindo na recuperação e na reintegração social do indivíduo, sendo instrumentos centrais na proposta de reforma da assistência psiquiátrica no Brasil.<sup>(1)</sup>

Neste contexto, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), conforme portaria nº 3.088/2011, atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.

<sup>(2)</sup> É composto por uma equipe multiprofissional que conta com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, educador social, entre outros. Realiza ações de assistência individual e em grupos, que incluem oficinas terapêuticas, grupos de apoio aos pacientes e aos familiares.<sup>(3)</sup>

As ações de prevenção, tratamento, acolhimento, recuperação, reinserção social, apoio social dos dependentes de tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas, devem ser ofertadas aos pacientes e, inclusive, aos seus familiares, respeitando as especificidades de diferentes grupos. Portanto, é importante que sejam realizadas com a associação articulada e cooperada da sociedade civil e do governo, por meio do desenvolvimento e implementação de diversas modalidades de projetos, de atividade para os usuários e familiares, da assistência, do cuidado e das capacitações realizadas pelos profissionais de saúde que atuam no CAPS AD.<sup>(4)</sup>

A enfermagem deve buscar ações de inclusão social tanto para o usuário quanto para sua família, visto que a família constitui um papel fundamental no tratamento prestado às pessoas em uso de álcool e outras drogas. Entre essas ações estão os grupos terapêuticos para os familiares, que tem por finalidade maior participação destes no processo de tratamento do paciente. A consulta de enfermagem individual é também uma forma de aproximação da família, sendo ela no acolhimento, na procura do familiar espontaneamente ou na visita domiciliar.<sup>(5)</sup>

Considerando a importância dos atendimentos realizados pelo CAPS AD, aos usuários e familiares, e por esta última ser um dos pilares fundamentais para a adesão ao tratamento, realizou-se este estudo com o objetivo de compreender qual a percepção das famílias em relação

ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde que atuam no Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

## MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como característica responder a questões e questionamentos particulares de um nível de realidade que não pode ser quantificado, utilizando-se do universo dos significados, aspirações, crenças, valores, atitudes e cultura. Entende-se que esse conjunto de fenômenos humanos é parte da realidade social, na qual o ser humano se distingue pela sua capacidade de pensar, agir e interpretar as suas ações a partir de suas experiências vividas.<sup>(6)</sup>

Os princípios e conceitos propostos pela Reforma Psiquiátrica<sup>(7)</sup> foram utilizados como base conceitual do estudo, direcionando a coleta e análise dos dados. O contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil é composto por quatro dimensões que se articulam e se retroalimentam: a primeira refere-se ao campo teórico-conceitual, que representa a produção de saberes e conhecimentos; a segunda é a dimensão técnico-assistencial, que emerge no modelo assistencial; a terceira, refere-se ao campo jurídico-político, que rediscute e redefine as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais e a quarta dimensão é a sociocultural, que expressa a transformação do lugar social da loucura.<sup>(8)</sup>

A população de estudo foi constituída por sete famílias de pacientes que fazem tratamento no CAPS AD em um município do noroeste do Paraná. Os critérios de inclusão para os familiares foram residir no município, ser o responsável pelo acompanhamento do usuário, ser maior de idade e frequentar o grupo de apoio destinado aos familiares.

O estudo foi realizado no CAPS AD, no período de agosto a setembro de 2019. O CAPS AD é um serviço municipal que proporciona acompanhamento por meio de uma equipe multiprofissional, que destina sua atenção ao usuário e aos seus familiares, desenvolvendo diversas atividades, como atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Com horário de funcionamento de segunda à sexta-feira, das 7 às 21 horas, atende todo usuário, ou familiar, que busque o serviço por demanda espontânea, ou encaminhado pelos outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como as Unidades Básicas de Saúde.

O contato com os participantes foi realizado pela pesquisadora principal juntamente com a assistente social, que era a condutora e responsável pelo grupo de famílias, ao término de uma sessão grupal. As sete famílias que estavam presentes no grupo aceitaram participar e tiveram suas visitas domiciliares agendadas.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada composta por duas partes. A primeira parte, constava de uma caracterização sociodemográfica dos participantes, e a segunda, foi composta de uma entrevista aberta com questões relacionadas à temática do estudo. A entrevista foi conduzida pela pesquisadora principal, realizada no domicílio, registrada por meio de um gravador digital, com duração média de quarenta minutos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas. Os participantes foram identificados com a letra P, seguido de numeração arábica, conforme a sequência de realização das entrevistas e o grau de parentesco do participante.

A análise das entrevistas foi realizada por dois pesquisadores, optando-se pela estratégia de análise de conteúdo Modalidade Temática,<sup>(9)</sup> que visa o desvendar crítico, primordialmente, mediante a descrição e inferências que buscam esclarecer as causas de um problema ou as possíveis consequências advindas do mesmo. Foram seguidas as três fases: 1) Na pré-análise ocorreu a preparação do material, construção de hipóteses e formulação de indicadores que nortearam a interpretação final; 2) Exploração do material, foi realizada a codificação dos dados, mediante o agrupamento em unidades de registro, e; 3) Tratamento dos resultados onde realiza-se a inferência guiada por vários polos de atenção/comunicação, os quais foram esclarecidos e, em seguida, novos temas e dados foram descobertos, fazendo-se necessário a comparação entre enunciados e ações, a fim de verificar possíveis unificações.<sup>(9)</sup>

O estudo está vinculado ao projeto submetido no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob Parecer de nº. 3.400.994 com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Os familiares participantes tinham idade entre 42 e 84 anos, e o tempo de participação no grupo de famílias variou entre um mês a quinze anos. A maioria dos familiares entrevistados era do sexo feminino, com grau de parentesco variando entre cinco mães e dois pais.

A idade dos usuários frequentadores do CAPS AD variou entre 20 a 66 anos, com totalidade do sexo masculino. O motivo pela procura ao serviço foi em decorrência do uso abusivo de maconha, seguida por álcool, cocaína e crack, e ainda tinner e cigarro, associados a transtornos como a depressão, esquizofrenia, bipolaridade e fobia social. Da análise dos dados, emergiram duas categorias que descrevem as principais potencialidades e fragilidades do atendimento destinados aos familiares.

## Potencialidades do atendimento na ótica das famílias

Uma das potencialidades do CAPS AD observadas por meio dos relatos, foi o atendimento multiprofissional prestado a toda família.

*“Eu passei com a assistente social muito tempo, que era um grupo de família né, com a psicóloga eu fiz sete anos, que foi assim o maior tempo que eu dei continuidade ao tratamento [...] Então ajudou muito, não só eu, mas como meu filho, e meu marido que parou de beber né” (P3 mãe).*

O profissional mais citado positivamente pelos entrevistados foi o assistente social, que realiza grupos de apoio aos familiares.

*“O grupo da assistente social é muito bom, pena que não vem mais pessoas” (P1 mãe).*

*“Eu prefiro o grupo aqui com a assistente social, tem mais assim intimidade, liberdade para falar” (P3 mãe).*

*“Mas a gente conversa também, mais em grupo, cada um fala um pouquinho da semana como que foi, da pessoa que está sendo atendida, como foi lidar com o que foi falado” (P2 mãe).*

Foi possível observar que os atendimentos destinados a família, além de esclarecer sobre a doença e seu manejo, permitem uma maior aproximação entre os seus membros em prol do bem-estar do usuário, além de proporcionar maior incentivo a ele e ajudar na manutenção da saúde mental de todos os envolvidos.

*“Eu percebo, que ajudou bastante. O pai está na linha de frente, porque antes era só eu [...] eles se sentem bem, só de saber que a gente está bem, e nem tanto em prol deles, em prol nosso” (P1 mãe).*

*“Nós começamos a vir para incentivar, apoiar ele, que a gente está do lado dele, a gente quer que ele se trate, entender o problema dele também” (P2 mãe).*

Por meio dos atendimentos destinados as famílias, percebe-se a importância da estimulação do diálogo entre seus membros, tendo em vista que este é fundamental para a compreensão das questões que envolvem o uso de drogas e para que haja mudança no comportamento de todos os envolvidos.

*“Tem que saber conversar para poder ajudar” (P1 mãe).*

*“Você consegue falar sobre o assunto, consegue falar sobre o que está acontecendo para ver se ajuda de alguma forma, então foi muito bom mesmo” (P2 mãe).*

*“Aprender a como lidar quando ele está ruim, o jeito de falar com ele, por que as vezes no momento você acha que é uma coisa de falar, brigar, fazer uma exploração ali e as vezes não é hora de você já brigar” (P2 mãe).*

A estrutura do CAPS AD também foi apontada como positiva pelos familiares, pelo ambiente amplo, pelos leitos para situações de emergência e pelo espaço de lazer para os usuários.

*“O atendimento deles principalmente comigo é muito bom a gente não tem nada do que reclamar, a gente percebe nas pessoas o carinho sabe, a vontade de ajudar a gente” (P4 mãe).*

*“Aqui tem tudo, tem recreação, tem maca para eles descansarem quando precisa [...]” (P5 mãe).*

*“Aqui é muito bom, o povo desperdiça, um lugar tão grande, e com tão pouca gente” (P3 mãe).*

#### **Desafios no atendimento de acordo com familiares**

A divulgação do serviço é parte fundamental para que as pessoas conheçam esta modalidade de tratamento, visto que o CAPS AD é um dispositivo que está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possui atendimento multiprofissional, tendo como foco a reinserção social e familiar do indivíduo. No entanto, de acordo com os entrevistados sua divulgação ainda é insuficiente, sendo que muitos conheceram o CAPS por meio de outros serviços que não compõe a RAPS.

*“Eu vi vídeos na internet, e eu encontrei um vídeo de um homem lá falando a respeito do CAPS, do atendimento [...]” (P5 mãe).*

*“Pela escola, que eu sou professora” (P2 mãe).*

*“Encaminhados para o CAPS após atendimento na universidade” (P4 mãe).*

Além disso, foi verificado o desconhecimento de alguns familiares sobre o funcionamento e estrutura do serviço, bem como, dúvidas em relação ao tratamento do seu familiar.

*“A gente também não conhece muito bem para falar, faz 6 meses só, o que mais poderia fazer a gente não tem noção” (P7 pai).*

*“A única coisa que a gente sabe é que tem a reunião aqui e ele tem que vir no psiquiatra e no psicólogo, mas ninguém fala nada” (P6 pai).*

Para participar das atividades propostas pelo serviço alguns familiares encontram dificuldades na adesão, pois elas ocorrem em horário comercial. É preciso maior flexibilização dos horários para que todas as pessoas tenham disponibilidade de usufruir dos atendimentos ofertados no CAPS AD.

*“[...] não tinha jeito de participar, das reuniões em família, das consultas dele no médico, e eu trabalhava todo dia de doméstica, agora você imagina como era difícil” (P1 mãe).*

A falta de continuidade ao tratamento proposto aos pacientes também foi citada como empecilho pelos familiares, pois muitos iniciam o tratamento, mas não dão continuidade, correndo o risco de recaídas.

*“Ele falou que não, que não queria, que não precisava mais, daí depois que ele teve a recaída de novo que ele veio no CAPS” (P5 mãe).*

Apesar dos familiares citarem o assistente social como um dos principais parceiros durante o tratamento, em alguns casos, observou-se falta de orientação por parte de outras categorias profissionais.

*“Eu perguntei para o psiquiatra “e afinal qual é o diagnóstico? Isso é adquirido ou isso já veio, o que que é?” Ele só falou que ele é um dependente químico, só isso que ele me respondeu. Eu saí de lá na mesma” (P1 mãe).*

*“Todas as dúvidas por que ninguém medicou, não deu nada, a gente não sabe o que que vai acontecer, o que a gente tem que fazer ainda, a gente não sabe” (P6 pai)*

A rotatividade dos profissionais e a dificuldade do restabelecimento do vínculo, são fatores cruciais na área da saúde mental.

*“Eu passei por uma psicóloga, que também era em grupo, aí ultimamente a outra psicóloga saiu e entrou outra, essa outra não sei o que ela viu, não foi com a minha cara, ela não quis mais que eu ficasse na sala*

*dela, que era para eu ficar com só com a assistência social” (P5 mãe).*

## DISCUSSÃO

Dentre as potencialidades do atendimento aos familiares, foi mencionado o atendimento multiprofissional. Sabe-se que o CAPS AD, é um serviço aberto de caráter comunitário, envolvendo atendimentos individuais, em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e atendimento as famílias.<sup>(3)</sup> Neste sentido, o fato de ter uma equipe multiprofissional envolvida nos atendimentos, realizando o acolhimento, projeto terapêutico singular e atividades em grupo potencializa a adesão por parte dos usuários.<sup>(10)</sup>

Apesar do atendimento multidisciplinar ser preconizado nos serviços ambulatoriais de saúde mental, visto que todos os profissionais inseridos nestes serviços desempenham diferentes papéis, e são considerados importantes na terapêutica, este trabalho em equipe encontra dificuldades para ser implementado pela prevalência do modelo biomédico, que apesar de defasado ainda é muito preponderante na assistência em saúde.<sup>(11)</sup>

Neste estudo, houve destaque para o trabalho do assistente social, profissional responsável pela condução do grupo de apoio as famílias. O acolhimento e vínculo estabelecido com os familiares, servem como estímulo e apoio para o melhor enfrentamento do abuso de substâncias no seio familiar. Sabe-se que este profissional é notadamente destacado, no modelo multidisciplinar do CAPS AD, pois possui uma visão integral do sujeito, que favorece a compreensão dos fatores socioeconômicos e culturais, humanizando e qualificando seu atendimento.<sup>(12)</sup>

A abordagem grupal também foi citada como positiva pelos entrevistados, pois é uma importante ferramenta terapêutica destinada as famílias. A vivência nos grupos contribui para enriquecer conhecimentos sobre o cuidado ao usuário além de ajudar a reduzir as tensões relacionadas às crises e ao tratamento do dependente químico. O grupo de familiares é uma possibilidade de incluir a família no tratamento, promovendo um de seus princípios: a responsabilização.<sup>(13)</sup>

Por ser a família, na maioria das vezes, a responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes, seu papel é fundamental no tratamento dos usuários. Assim, a adesão ao tratamento da dependência química envolve vários fatores relacionados ao serviço, como o acolhimento, vínculo e infraestrutura. Além destes, é preciso considerar os fatores intrínsecos ao indivíduo,

como a motivação, influência familiar e condições socioeconômicas.<sup>(14)</sup>

Como mencionado pelos participantes do estudo, uma das dificuldades no acompanhamento do usuário, relaciona-se a incompatibilidade de horários em frequentar os grupos terapêuticos ou as consultas individuais. Diante disto, é papel dos profissionais do serviço e da gestão buscar estratégias para inclusão destas famílias, disponibilizando horários alternativos, em atendimentos grupais ou individuais, visando a inclusão e permanência da família no processo terapêutico.<sup>(13)</sup>

Quanto mais fragmentado o acesso dos usuários ao CAPS AD, maior a chance de os indivíduos enfrentarem momentos de crise e recaída ao longo do tratamento. Vários aspectos contribuem para os episódios de recaída, entre eles estão as condições de vida, aspectos socioeconômicos e ambientais.<sup>(15)</sup> Além disso, deve-se priorizar a identificação dos riscos sociais do indivíduo para a formulação da terapêutica multiprofissional.<sup>(16)</sup>

A falta de divulgação do serviço e o desconhecimento sobre a doença e seu tratamento são fatores mencionados pelas famílias como lacunas. Este é um ponto fundamental que dificulta a adesão ao tratamento, pois sabe-se que é muito comum o desconhecimento das famílias sobre a terapêutica álcool e drogas. Para minimizar esta lacuna, a população deveria ser esclarecida sobre todos os serviços disponíveis na RAPS, ficando a cargo dos serviços especializados a psicoeducação dos familiares, com o esclarecimento das particularidades, para que eles possam entender e se interessar mais pelo tratamento, servindo como fonte de motivação para a reabilitação do dependente químico.<sup>(17)</sup>

A rotatividade dos profissionais no serviço também foi citada como desafio para o seguimento do tratamento, pois acarreta em rompimento de vínculo entre os usuários e profissionais. Quando se trata dos serviços de saúde mental a rotatividade reflete, em parte, no preconceito por parte de alguns profissionais, o pouco investimento das políticas públicas em saúde mental, a falta de condições de trabalho e a desvalorização profissional. Soma-se também o processo de formação, com disciplinas em saúde mental de carga horária teórico-prática insuficiente ou mesmo a falta de articulação entre o currículo e a realidade encontrada nos serviços de saúde.<sup>(18)</sup>

Em relação ao atendimento prestado pela enfermagem e sua pouca visibilidade demonstrada neste estudo, estudo realizado em CAPS AD do estado de São Paulo, com usuários, afirma que foi baixo o percentual (12%) de sujeitos que colocaram o enfermeiro como muito importante em seu

tratamento. Esse resultado pode ser reflexo da atuação do enfermeiro nesses serviços, já que nem sempre se ocupa do cuidado direto ao paciente, voltando-se mais para atividades burocráticas e administrativas.<sup>(19)</sup>

Compreende-se que a enfermagem se configura como uma das profissões imprescindíveis nos ambientes da atenção em saúde mental,<sup>(20)</sup> por atender as necessidades da população, investir em práticas profissionais sistematizadas, criativas, autônomo-dialógicas e considerar o trabalho interdisciplinar e a complexidade do processo de adoecer humano, fazendo com que a profissão seja desenvolvida nos moldes da atenção psicossocial.<sup>(21)</sup>

Destaca-se, ainda, que as ações de cuidado são de responsabilidade de toda a RAPS, dada à complexidade da vida humana e seus sofrimentos, e para isso é preciso que os profissionais e os serviços possam se articular, dando movimentos à rede e se responsabilizando pela assistência.<sup>(22)</sup>

Como limitação do estudo cita-se o fato dos familiares selecionados pertencerem apenas ao atendimento grupal do CAPS AD em estudo. Deste modo, sugere-se que novos estudos incluam familiares dos demais centros especializados em saúde mental para sanar possíveis lacunas do atendimento.

Os resultados deste estudo demonstram a importância de todos os profissionais de saúde envolvidos no atendimento as famílias em centros de atenção psicossocial, em especial os enfermeiros, que são pontos de apoio e vínculo que fortalecem a relação entre os membros familiares e consolidam o tratamento do usuário. Cabe salientar que a

enfermagem, é uma profissão composta por diversos campos do saber, tem alto potencial que amplia seu espectro de atuação na condução do cuidado.<sup>(1)</sup>

## CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar potencialidades e desafios no atendimento as famílias pelo CAPS AD. Se por um lado temos o atendimento multiprofissional, o atendimento grupal e o papel da assistente social como pontos positivos do serviço, por outro, temos a falta de divulgação e desconhecimento do funcionamento do serviço, incompatibilidades de horários dos familiares em participar das atividades propostas, rotatividade dos profissionais e a fragmentação do vínculo como desafios para melhorar a assistência prestada as famílias. Neste sentido é necessário propor novas estratégias para que a família esteja cada vez mais envolvida no tratamento de seu familiar e no seu próprio.

## Contribuições

a) concepção e/ou desenho do estudo: Allana Roberta da Silva Pontes, Paula Antunes Bezerra Nacamura, Marcelle Paiano; b) coleta, análise e interpretação dos dados: Allana Roberta da Silva Pontes, Paula Antunes Bezerra Nacamura, Marcelle Paiano; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Allana Roberta da Silva Pontes, Paula Antunes Bezerra Nacamura, Marcelle Paiano; d) aprovação da versão final a ser publicada: Maria Aparecida Salci, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, Ligia Carreira, Jessica dos Santos Pini, André Estevam Jaques.

## REFERÊNCIAS

- Alves PF, Kantorski LP, Andrade AP, Coimbra VC, Oliveira MM, Silveira KL. Being autonomous: what do mental health services indicate? *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e63993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 2011 [cited 17 Abr 2019]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental. *Diário Oficial da União.* 2002 [cited 17 Abr 2019]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
- Brasil. Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União.* 2019 [cited 17 Abr 2019]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm).
- Biffi D, Melo MF, Ribeiro VR. Acolhimento de enfermagem à saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. *R Perspect Ci Saúde.* 2018;3(1):83-97.
- Minayo CS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Rev Lusofona Educ.* 2018;40:139-153.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União.* 2001 [cited 17 Abr 2019]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/Leis\\_2001/10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Leis_2001/10216.htm).
- Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(6):2067-74.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2016. 288p.
- Paiano M, Kurata VM, Lopes AP, Batistela G, Marcon SS. The Intervening Factors on the Treatment Adherence of Drug Users Assisted By a Caps-Ad. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2019;11(3):687-93.
- Jafelice GT, Marcolan JF. The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 5):2131-8.

12. Silva CF, Gomes VL. O trabalho do assistente social nos centros de atenção psicossocial - CAPS do município de Belém/PA: contribuições para o tratamento da saúde mental dos usuários. *Serv Soc Rev.* 2016;19(1):84-108.
13. Alves RD, Morais TT, Rocha SP, Rocha NN, Duarte SR, Sampaio FF. Grupo de familiares em CAPS ad: Acolhimento e reduzindo tensões. *Rev Polít Públicas.* 2015;14(1):81-6.
14. Ferreira AC, Borba LO, Capistrano, FC, Czarnobay J, Maftum MA. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. *REME.* 2015;19(2):150-6.
15. Ferreira AC, Czarnobay J, Borba LO, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA. Functionality comparison of elderly residing in two institutional modalities. *Rev Eletr Enf.* 2016;18:e1144.
16. Souza LG, Menandro MC, Menandro PR. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. *Physis.* 2015;25(4):1335-60.
17. Herzog A, Wendling MI. Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos. *Aletheia.* 2013;42:23-38.
18. Santos RC, Pessoa Junior JM, Miranda FA. Psychosocial care network: adequacy of roles and functions performed by professionals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e57448.
19. Miranda SP, Vargas D. Satisfação de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas com atendimento do enfermeiro. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2009;5(6):1-15.
20. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco.* 2019;10(7):121-6.
21. Pinheiro CW, Araújo MA, Rolim KM, Oliveira CM, Alencar AB. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm Foco.* 2019;10(3):64-9.
22. Eslabão AD, Coimbra VC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS). *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(1):e60973.

# CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER IDOSA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

CONSTRUCTION OF AN INSTRUMENT FOR NURSING CONSULTATION TO ELDERLY WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMERÍA A MUJERES MAYORES CON INCONTINENCIA URINARIA

Ana Mabel Sulpino Felisberto<sup>1</sup>

Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt<sup>1</sup>

Antonia Oliveira Silva<sup>1</sup>

Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>1</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-3218-5228>)

(<http://orcid.org/0000-0001-5287-8171>)

(<http://orcid.org/0000-0001-7758-2035>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6431-0708>)

## Descritores

Consulta de enfermagem; Teoria de enfermagem; Saúde da mulher; Pessoa idosa; Incontinência urinária

## Descriptors

Nursing consultation; Nursing theory; Women's health; Elderly; Urinary incontinence

## Descriptores

Consulta de enfermería; Teoría de enfermería; La salud de la mujer; Mayor; Incontinencia urinaria

## Recebido

24 de Maio de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

extraído da dissertação "Consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária: instrumento para um serviço ambulatorial" apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em 2018.

## Autor correspondente

Ana Mabel Sulpino Felisberto  
E-mail: [anamabel40@gmail.com](mailto:anamabel40@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Elaborar um instrumento de consulta de enfermagem para a mulher idosa com Incontinência Urinária.

**Métodos:** Estudo metodológico realizado em três etapas: identificação dos problemas adaptativos com base na teoria de Callista Roy por meio da revisão de literatura, os dados identificados foram coletados mediante formulário estruturado, o conteúdo foi avaliado pelas enfermeiras especialistas por meio da técnica de validação por consenso, culminando na elaboração do instrumento.

**Resultados:** Considerou-se aprovados na validação por consenso 60 termos que indicavam problemas adaptativos, sendo contendo 45 no modo fisiológico, 6 no autoconceito, 5 na função do papel e 4 do modo interdependência.

**Conclusão:** O instrumento elaborado dá subsídios para a investigação comportamental auxiliando na formulação dos diagnósticos de enfermagem, conhecimento do raciocínio clínico do enfermeiro para avaliação da eficácia na intervenção em relação ao comportamento apresentado pela paciente, propicia um cuidado holístico, por ser a adaptação uma característica inerente ao ser humano.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop a nursing consultation instrument for elderly women with Urinary Incontinence.

**Methods:** Methodological study carried out in three stages: identification of adaptive problems based on the theory of Callista Roy through the literature review, the identified data were collected using a structured form, the content was evaluated by specialist nurses using the validation technique by consensus, culminating in the elaboration of the instrument.

**Results:** It was considered approved in the validation by consensus 60 terms that indicated adaptive problems, being 45 in the physiological mode, 6 in the self-concept, 5 in the role function and 4 in the interdependence mode.

**Conclusion:** The elaborated instrument provides subsidies for behavioral research, assisting in the formulation of nursing diagnoses, knowledge of the nurse's clinical reasoning to evaluate the effectiveness of the intervention in relation to the behavior presented by the patient, providing holistic care, since adaptation is a characteristic inherent to human beings.

## RESUMEN

**Objetivo:** desarrollar un instrumento de consulta de enfermería para mujeres mayores con incontinencia urinaria.

**Métodos:** Estudio metodológico llevado a cabo en tres etapas: identificación de problemas adaptativos basados en la teoría de Callista Roy a través de la revisión de la literatura, los datos identificados fueron recolectados utilizando una forma estructurada, el contenido fue evaluado por enfermeras especialistas utilizando la técnica de validación por consenso culminando en la elaboración del instrumento.

**Resultados:** se consideró aprobado en la validación por consenso 60 términos que indicaban problemas adaptativos, siendo 45 en el modo fisiológico, 6 en el autoconceito, 5 en la función de rol y 4 en el modo de interdependencia.

**Conclusión:** El instrumento elaborado proporciona subsidios para la investigación conductual, ayudando en la formulación de diagnósticos de enfermería, conocimiento del razonamiento clínico de la enfermera para evaluar la efectividad de la intervención en relación con el comportamiento presentado por el paciente, proporcionando atención integral, ya que la adaptación es un característica inherente a los seres humanos.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

## Como citar:

Felisberto AM, Bittencourt GK, Silva AO, Nóbrega MM. Construção de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária. *Enferm Foco*. 2021;12(1):47-53.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3886

## INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é considerada uma das mais importantes e recorrentes síndromes geriátricas, devido às alterações físicas, biológicas, psíquicas e sociais que ocorrem no processo de envelhecimento.<sup>(1)</sup> Além de ser um problema de saúde significativo na sociedade moderna atingindo, no mundo, mais de cinquenta milhões de pessoas, afetando, sobretudo as mulheres, numa proporção de duas para cada homem. Estudos revelam elevada prevalência nas idosas brasileiras, afetando cerca de 30% nas mulheres idosas que vivem na comunidade e até 50% nas que vivem em instituição de longa permanência.<sup>(2)</sup> Entretanto, destaca-se que a IU é muitas vezes erroneamente interpretada como parte natural do envelhecimento; deve-se lembrar que o envelhecimento por si só não é causa de incontinência, mas induz a algumas mudanças funcionais e estruturais no trato urinário inferior que tornam o idoso suscetível ao problema.<sup>(3)</sup>

O termo “Incontinência Urinária” refere-se à queixa de qualquer perda involuntária de urina; existem vários tipos de IU, das quais as mais frequentes na mulher são: a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), que ocorre quando aumenta a pressão intra-abdominal em atividades como, espirrar ou tossir, rir, levantar objetos ou fazer esforço físico, ocorrendo uma associação nítida entre o esforço e a perda de urina; a Incontinência Urinária de Urgência (IUU), que é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida por urgência e a Incontinência Urinária Mista (IUM), marcada pela união das características anteriores.<sup>(2,3)</sup>

O tratamento da mulher idosa com IU deve ser realizado pela equipe de saúde e com a participação da paciente e das pessoas que lhe prestam cuidados e, nesse aspecto, a Enfermagem tem papel de extrema importância. Sob esta ótica, a assistência da enfermagem deve ser planejada e sistematizada no cuidado individual e humanizado.<sup>(4)</sup>

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sua aplicabilidade é feita metodologicamente pelo Processo de Enfermagem (PE) instrumento do cuidado profissional que permite o acompanhamento integral do paciente/cliente.<sup>(5)</sup>

Para a eficácia da implementação da SAE, o enfermeiro deve estar pautado em um referencial teórico, definir uma teoria de Enfermagem que seja condizente com a realidade da clientela atendida, o ambiente organizacional e o ambiental. É de suma importância que o enfermeiro conheça as teorias de Enfermagem antes de realizar uma proposta de implementação, haja vista que o uso desta teoria apoia-os

na definição de seus papéis, na aproximação da realidade e na consequente adequação e qualidade do desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento.<sup>(6,7)</sup>

Diante da heterogeneidade das teorias de enfermagem, vale salientar que o referencial teórico que norteou este estudo foi o Modelo de Adaptação de Callista Roy (MAR), que evoca muitas contribuições desde seu início e dispõe de elementos adequados ao cuidado de enfermagem, fornecendo subsídios para a implementação de um cuidado clínico qualificado, contribuindo para promover a adaptação às novas condições de saúde e de doença do paciente.<sup>(8,9)</sup>

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi elaborar um instrumento de consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária assistida em um serviço ambulatorial de urologia, fundamentado na Teoria da Adaptação de Callista Roy.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico que se refere a elaboração, e avaliação do instrumento para consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária, fundamentado na Teoria da Adaptação de Callista Roy.

O instrumento foi construído considerando o cenário de assistência no serviço ambulatorial de urologia de um hospital público de ensino no município de João Pessoa - PB, Brasil.

Os participantes desta pesquisa foram quatro enfermeiros atuantes no ambulatório de urologia e ginecologia do referido hospital. Para selecioná-los, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: que o enfermeiro estivesse atuando no serviço no momento da coleta de dados na instituição selecionada para o estudo; que tivesse, no mínimo, um ano de atuação profissional na área de enfermagem uroginecológica e disponibilidade para participar da pesquisa, além de especialização na área. Foi adotado, como critério de exclusão, ter menos de um ano de experiência na área de enfermagem uroginecológica do serviço e encontrar-se de férias ou licença no período da coleta de dados.

A fase inicial foi caracterizada pela realização de uma revisão integrativa da literatura acerca das respostas adaptativas da mulher idosa com IU, visando à identificação dos problemas adaptativos com base no modelo de Roy que constituíram o instrumento para consulta de enfermagem à mulher idosa com IU assistida em um serviço ambulatorial. Além disso, realizou-se um levantamento bibliográfico por meio de livros, teses, dissertações e manuais para subsidiar na identificação dos problemas adaptativos referidos.

Para nortear a revisão, foi elaborado o seguinte questionamento: Que problemas adaptativos caracterizam os padrões de comportamento da mulher idosa com incontinência urinária? Esta etapa ocorreu de março de 2017.

Os artigos que contemplaram a revisão integrativa foram selecionados nas bases de dados indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line, Banco de dados em Enfermagem.

Ao término deste levantamento, foram identificados 109 problemas adaptativos, sendo 67 oriundos da revisão integrativa e 42 resultantes da pesquisa em livros, manuais, dissertações e teses. Estes foram organizados um instrumento norteador, que garantiu a padronização e a sequência lógica na coleta dos termos encontrados de acordo com os modos adaptativos e suas respectivas definições da seguinte forma: modo fisiológico (78), modo autoconceito (16), função do papel (8) e no modo interdependência (7). Na fase seguinte, à avaliação do conteúdo foi confirmada pelas enfermeiras especialistas que avaliaram cada item do instrumento pela técnica da validação por consenso. As enfermeiras especialistas foram convidadas, previamente, por meio de uma carta-convide, encaminhada a eles pelo correio eletrônico explicando os objetivos e a natureza do estudo. Após respostas dos participantes, encaminhou-se, via internet, cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento padronizado na sequência lógica da coleta dos termos encontrados de acordo com os quatro modos adaptativos, com as definições para serem lidos previamente, bem como o formulário de caracterização dos especialistas clínicos sobre seus dados pessoais e profissionais. Foi proposta uma data e um horário para o primeiro encontro presencial para as discussões e a obtenção da concordância de 100%. Foram realizados dois encontros presenciais, com duração de duas horas cada encontro, com início às 14 horas e término às 16 horas, durante o mês de setembro e outubro de 2017, objetivando atingir o consenso entre as especialistas, a líder pesquisadora do estudo, conduziu as discussões para que as especialistas pudessem arguir entre si, no caso de discordância, acrescentaram-se sugestões para uma reformulação dos termos, sendo reformulados e discutidos até a obtenção do consenso de 100% entre os avaliadores.

A fase posterior do estudo correspondeu à elaboração final do instrumento de consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária a luz da Teoria da Adaptação de Callista Roy.

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, onde a pesquisadora através da técnica de validação por consenso obteve a avaliação coletiva das enfermeiras especialista participantes da pesquisa, as quais consideraram validos por meio do consenso de 100% de concordância nos termos mais relevantes para a prática assistencial à idosa com incontinência urinária assistida no serviço ambulatorial de urologia. Para a elaboração da versão do instrumento de consulta de Enfermagem à idosa com incontinência urinária.

O referido estudo é parte de uma dissertação de mestrado do Programa de mestrado profissional em gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – parecer 2.190.153 e CAAE: 67103917.6.0000.5188.

## RESULTADOS

A elaboração do Instrumento para consulta de Enfermagem à idosa com incontinência urinária ocorreu em três etapas. A primeira fase do estudo evidenciou uma lacuna de publicações de instrumentos assistencial de enfermagem a mulher idosa com IU no modelo adaptativo de Calista Roy, apontando para a necessidade de expandir as publicações sobre o desenvolvimento da consulta de enfermagem a idosa com IU, o que serviu como embasamento para a construção do Histórico de Enfermagem, em caráter inédito, submetido às enfermeiras especialistas.

Por ocasião da segunda fase, verificou-se a retirada de 49 problemas adaptativos por não atingir 100% de concordância entre as especialistas. Permaneceram por consenso de 100% de concordância, 60 problemas adaptativos, sendo a maioria no modo fisiológico com 45 problemas adaptativos, 6 do modo autoconceito, 5 função do papel e 4 do modo interdependência, foram listados para serem incluídos na versão do instrumento para consulta de enfermagem a idosa com incontinência urinária. Para uma melhor compreensão dos resultados estão elencados a baixos os problemas adaptativos que atingiu 100% de concordância distribuída nos respectivos modos adaptativos: o fisiológico subdividiu-se em nove funções: oxigenação (4 itens); nutrição (3); eliminação (13); atividade e repouso (5); proteção (6); sentidos (5); fluidos e eletrólitos (4); Função neurológica (3) e função endócrina (2). O modo autoconceito (psicossocial), dividiu-se em duas áreas: eu físico (3); e eu pessoal (3). O modo função do papel está relacionado com aspectos de interação social, neste foram confirmados (4 problemas adaptativos). Enfim, o modo interdependência refere-se às relações interpessoais na interação de dar e receber amor confirmou-se (4 problemas adaptativos).

Cabe ressaltar, que as enfermeiras especialistas fizeram algumas considerações referentes a itens do modo fisiológico, também se observou que o problema sedentarismo se repetia em mais de um modo adaptativo, bem como, a presença de semelhanças entre termos, estes foram discutidos entre as enfermeiras especialistas de forma consensual, as quais julgaram os termos mais relevantes que melhor se enquadrava no modo adaptativo, para a aplicabilidade do instrumento. As sugestões foram aceitas e inseridas no instrumento o que contribuiu para uma melhor clareza e coerência do conteúdo com a teoria de Roy e o perfil da paciente idosa com IU atendida no serviço ambulatorial.

Na terceira etapa foi elaborado o instrumento para consulta de enfermagem a idosa com incontinência urinária baseado no pressuposto da Teoria de Roy.

Conseqüentemente, o instrumento para a consulta de enfermagem contém ferramentas que possibilitam ao enfermeiro identificar nas mulheres idosas com incontinência urinária respostas humanas aos problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual, a fim de traçar os melhores diagnósticos e intervenções. O instrumento está disposto no quadro 1.

## DISCUSSÃO

Ao pensar em elaborar um instrumento para consulta de enfermagem, é necessária a escolha de uma metodologia em que se apliquem conhecimentos técnico-científicos e humanos, com a finalidade de identificar situações de saúde/ doença e as necessidades de cuidado de enfermagem que promovam à saúde da pessoa, família e comunidade.

Através do processo de enfermagem são sistematizadas ações planejadas, humanizadas, organizadas, qualificada e holística, tendo como arte o cuidar do indivíduo em ambientes e condições de saúde diversas, desempenhando importante papel na promoção, prevenção e reabilitação, bem como a utilização de um referencial teórico que potencialize a investigação de forma mais particular, dessa forma as teorias contextualizam e orientam a prática de enfermagem, além de garantir um caráter científico à prática da enfermagem desvinculando-a do empirismo.<sup>(10)</sup>

Diante deste contexto, para a elaboração do instrumento de consulta em enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária, levando em consideração a particularidade da IU, por ser um problema de saúde que afeta a pessoa de forma a influenciar desfavoravelmente a qualidade de vida, optou-se pelo modelo conceitual de Sister Callista Roy, pela aproximação com a temática. Considera-se a pessoa, como organismo que reage a um estímulo estressor, apresenta mecanismo de enfrentamento buscando adaptação para o alcance de sua meta de vida, o enfermeiro atua como mediador entre a objetividade técnica e a subjetividade humana, a fim de elaborar estratégias para as ações do cuidar, que promovam adaptação em cada um dos quatro modos adaptativos e reduza as respostas comportamentais que não permitam alcançar metas de integridade. Todavia, a Enfermagem promove a saúde em todos os processos da vida.<sup>(7)</sup>

Considerando a adaptação uma função de estímulo, uma resposta comportamental aos níveis de estímulo, as respostas aos estímulos são geradas e observáveis através dos quatro modos adaptáveis, eles fornecem uma forma

### Quadro 1. Consulta de enfermagem à mulher idosa com incontinência urinária: instrumento para um serviço ambulatorial

#### I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome:				Idade:	
Profissão:		RG:	Cartão SUS:		Nº Prontuário
Naturalidade	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Outros	Data Nascimento: / /	Escolaridade:	Religião:	
Endereço:			Cidade:		
Ocupação: <input type="checkbox"/> Do lar <input type="checkbox"/> Empregada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aposentada <input type="checkbox"/>	Cor da pele: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela		Número de filhos:		
Renda familiar (em salários mínimos)			Número de pessoas residentes no domicílio: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> acima de 6		
Diagnóstico médico:			Data do exame: ____/____/____ Horário: _____		

#### II. ENTREVISTA

Queixa principal: _____					
Antecedentes: HAS <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> outros _____					
Hábitos e Comportamentos: Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alcoolismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/>					
Uso de medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Qual (is)? _____ Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar: _____					
Experiência Cirúrgica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> QUAL? _____					
Possui conhecimento do diagnóstico médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial					
Antecedentes Obstétricos: Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Tipo de Parto _____					
Antecedentes Familiares: _____					

Continua...



particular de manifestação de atividade cognitiva e reguladora no âmbito do processo adaptável.<sup>(10)</sup> Desta forma utilizou-se para construir a primeira etapa do processo de enfermagem, o histórico de enfermagem com base na identificação e confirmação pelos enfermeiros dos problemas adaptativos na mulher idosa com IU atendida no serviço ambulatorial. Os problemas foram distribuídos nos quatro modos: Fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência.<sup>(11)</sup>

O Modo fisiológico: representa a resposta física do indivíduo aos estímulos (internos e externos), este modo envolve cinco necessidades básicas de integridade fisiológica (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção) e quatro processos complexos: sensitivo líquido e eletrólitos, função neurológica e função endócrina.<sup>(7,12)</sup> Foram confirmados pelos enfermeiros por meio da técnica de validação por consenso 45 termos que indicavam maior grau de relevância nas necessidades fisiológicas para prática vivenciada no atendimento dessa clientela. Julgaram de forma absoluta, 100% de concordância nos problemas adaptativos apresentados.<sup>(13)</sup>

Os Problemas adaptativos de ordem psicossociais (modo autoconceito, função do papel e modo interdependência), confirmados pelas enfermeiras especialistas, foram considerando os mais relevantes para utilidade na prática assistencial, pois prejudicam a habilidade da mulher para enfrentamentos das situações, induzindo ao constrangimento, ao banimento do convívio social com prejuízos emocionais reafirmam que a mulher idosa com IU necessita de adequação afetiva.<sup>(14)</sup>

O modo autoconceito envolve aspectos psicológicos e espirituais, refere-se a crenças e sentimentos da pessoa em determinada circunstância. Observou-se que a insatisfação frente à imagem e sensações corporais, pode diminuir habilidade da idosa incontinente para o enfrentamento da situação, bem como favorece a redução da autoestima, tais estímulos é evidenciado como um sentimento negativo de desânimo, desvalorização levando a diminuição da interação social, com adaptação ineficaz.<sup>(15)</sup>

Os modos adaptativos de ordem psicossocial requerem um trabalho intenso de conscientização, educação e sensibilização contínua que permita reconstrução e equilíbrio da paciente ao receber o cuidado, já as relações de interdependência, no geral, padece alterações negativas, que demonstram um enfrentamento insatisfatório do problema, precisando, portanto de um apoio maior e orientações, logo quando os familiares se fazem presentes e apoiam no processo de enfrentamento possibilita o processo de adaptação.<sup>(8)</sup>

Entende-se que a validação desses problemas adaptativos da mulher idosa com IU em seu ambiente, é um eixo norteador para o avanço das ações de enfermagem, favorece a elaboração de estratégias para as ações do cuidar, capacitando as pessoas a criarem mecanismos de enfrentamento que possam diminuir as respostas negativas, para aumentar a interação com seu ambiente e promover comportamento adaptável e são úteis à prática assistencial, especificidade da doença, dinâmica do serviço e aplicabilidade da teoria, todavia, a aplicação de uma metodologia sistematizada representa um desafio para a qualificação dessa assistência, contribuindo assim para a evolução da Enfermagem enquanto ciência e profissão.<sup>(14)</sup>

Como limitação do estudo, tem-se que o instrumento necessita ser validado para que possa ser colocado na prática. Assim, em etapa posterior, o instrumento passará por testes, conferindo sua aplicabilidade na consulta de enfermagem pelos enfermeiros no dia a dia.

Acredita-se que o instrumento poderá trazer contribuições significativas para a prática assistencial agregando conhecimento acerca da documentação profissional, evidenciando a Enfermagem enquanto profissão e ciência.

## CONCLUSÃO

Construiu-se um instrumento voltado para consulta de enfermagem à mulher idosa com IU para um serviço ambulatorial a ser realizado pelo enfermeiro. O estudo metodológico foi desenvolvido em três etapas, a primeira resultou da identificação de 109 problemas adaptativos extraídos de uma ampla revisão de literatura científica tendo, como base, a teoria de Roy, incluindo a elaboração de uma revisão integrativa. A segunda etapa compreendeu a confirmação pelos enfermeiros participantes da pesquisa, sendo confirmados 60 problemas adaptativos validados por consenso de 100% de concordância por meio da técnica da validação do consenso. A terceira e última etapa resultou na construção da versão final do instrumento, com foco no modelo da Adaptação, desenvolvido por Sister Callista Roy, proporcionando subsídios para a investigação comportamental, auxiliando para subsequente formulação dos diagnósticos de enfermagem e avaliação da eficácia na intervenção em relação ao comportamento apresentado pela paciente. Entende-se que o desenvolvimento do processo de enfermagem em serviço ambulatorial, fundamentado na Teoria da Adaptação, desenvolvida por Sister Callista Roy, é viável e propicia um cuidado de qualidade por ser a adaptação, uma característica inerente ao ser humano; neste contexto, tal teoria considera que o homem está em constante interação com seu meio, na medida em que releva a

necessidade de ajustes e adaptações frente aos possíveis eventos adversos. Considera-se que o instrumento elaborado, neste estudo, viabilizará a implementação da sistematização da assistência de enfermagem, possibilitará a organização da assistência, bem como fornecerá dados relacionados ao cuidado de enfermagem, abrangendo a pessoa que recebe o cuidado considerando-a em suas relações com ambiente, visando promover melhor nível de adaptação.

## Contribuições

Ana Mabel Sulpino Felisberto: Concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, resultados, discussão e redação do artigo. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt: Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser submetida e publicada. Antônia Oliveira Silva: Revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Maria Miriam Lima da Nóbrega: Recomendação da utilização da teoria de enfermagem aplicada ao objeto deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Melo LS, Ercole FF, Oliveira DU, Pinto TS, Victoriano MA, Alcoforado CL. Urinary tract infection: a cohort of older people with urinary incontinence. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):838-44. 2.
2. Loureiro LS, Medeiros AC, Fernandes MG, Nóbrega MM. Incontinência urinária em mulheres idosas: determinantes, conseqüências e diagnósticos de enfermagem. *Rev Rene.* 2011;12(2):417-23.
3. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence: 5th international consultation on incontinence. Paris: International Continence Society, [Internet]. 2013. [cited 2017 Set 20]. Available from: [https://www.ics.org/Publications/ICI\\_5/INCONTINENCE.pdf](https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf)
4. Valença MP. Cuidados de Enfermagem na Incontinência Urinária: um Estudo de Revisão Integrativa. *Rev Esti.* 2016;14(1):43-9.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 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 das outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
6. Weschenfelder AJ, Strelow CS, Arruda GT, Froelich MA, Pivetta HM, Braz MM. Prevalência de incontinência urinária e seu impacto sobre a qualidade de vida de idosos: estudo comparativo entre meio urbano e meio rural. *Rev Kairós Gerontol.* 2016;19(3):67-77.
7. Ibiapina LG, Nery IS, Rocha SS, Nogueira LT, Araújo AKL, Santiago AK. Assistência de enfermagem as adolescentes gestantes sob a ótica de Callista Roy. *Enferm Foco.* 2016;7(3/4):46-50.
8. Costa IK, Nóbrega WG, Costa IK, Torres GV, Lira AL, Tourinho FS, et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(3):561-8.
9. Frazão CM, Sá JD, Medeiros AB, Fernandes MI, Lira AL, Lopes MV. Problemas adaptativos de pacientes em hemodiálise: aspectos socioeconômicos e clínicos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014; 22(6):966-72.
10. Barbosa VM, Silva JV. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde.* 2018;7(1):260-71.
11. Andrade LT, Garcia TR, Chianca TC. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para o componente sentidos da Teoria de Roy, aplicados a adultos em Neuroreabilitação. *Enferm Foco.* 2017;8 (3):45-50.
12. Coelho SM, Mendes IM. Da pesquisa a prática em Enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2011;15(4):845-50.
13. Carlson J. Consensus validation process: A standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC and NOC terms for local populations. *J Nurs Terminol Classif.* 2006;17(1):23-4.
14. Miranda AR, Araújo CS, Faleiros-Castro FS. Instrumento para coleta de dados de pacientes adultos com artrite reumatoide. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2012;2(2):228-42.
15. Medeiros LP, Souza MB, Sena JF, Melo MD, Costa JW, Costa IK. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene.* 2015;16(1):132-40.

# ANÁLISE DO DISCURSO DE GESTORES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

SPEECH ANALYSIS OF THE MANAGERS OF LEPROSY CONTROL PROGRAM

ANÁLISIS DEL DISCURSO DE GERENTES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LEPROSÍA

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho<sup>1</sup>

Clélia Albino Simpson<sup>2</sup>

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda<sup>1</sup>

Tatiane Aparecida Queiroz<sup>1</sup>

Felismina Rosa Parreira Mendes<sup>3</sup>

Pablo Ramon da Silva Carvalho<sup>4</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-1539-4412>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4960-8589>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8648-811X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8824-1161>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0671-0666>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5036-1715>)

## Descritores

Hanseníase; Doenças negligenciadas; Promoção de saúde; Políticas públicas; Gerente de saúde

## Descriptors

Leprosy; Neglected diseases; Health promotion; Public policy; Health manager

## Descriptores

Enfermedad de hansen; Enfermedades desatendidas; Promoción de la salud; Políticas públicas; Gerente de salud

## Recebido

26 de Maio de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

manuscrito extraído da tese, Programa de Controle da Hanseníase no Rio Grande do Norte: Análise na Perspectiva da Promoção da Saúde, 2016, programa de pós-graduação stricto sensu em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

## Autor correspondente

Pablo Ramon da Silva Carvalho  
E-mail: [Enfpablocarvalho@outlook.com](mailto:Enfpablocarvalho@outlook.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o discurso dos gestores do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH).

**Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, de abordagem discursiva. Os coordenadores dos pólos da PNCH do Rio Grande do Norte (RN), os coordenadores regionais e o coordenador estadual compuseram a população, foram incluídos aqueles com vínculo com o serviço por pelo menos seis meses, 12 gestores foram considerados adequados como amostra. O material empírico, coletado de novembro de 2015 a junho de 2016, foi analisado por meio da análise do discurso.

**Resultados:** os enunciadores construíram discursos em torno de dois eixos: a questão dos médicos, com ênfase no centro de atenção à saúde, e a questão da gestão, apoiada nos princípios burocráticos com componentes legados do regime autoritário, tendo, ambos os eixos, influência do modelo sanitário/ativista.

**Conclusão:** Entende-se que o PNCH pode melhorar a partir da profissionalização da gestão e da ênfase na promoção da saúde e no trabalho em equipe.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to analyze the discourse of the managers of the National Leprosy Control Program (NLCP).

**Methods:** A descriptive and qualitative study with a discursive approach. The coordinators of the NLCP host cities of Rio Grande do Norte, the regional coordinators and the state coordinator composed the population, which included those with bond to the service for at least six months, 12 managers were considered suitable as a sample. The empirical material, collected from November 2015 to June 2016, was investigated through discourse analysis.

**Results:** The enunciators built speeches around two axes: the subject of the physicians, emphasizing the center of Health Care, and the subject of management, supported by the bureaucrats principles with legacy components of the authoritarian regime, with both axes having influence of the sanitary/activist model.

**Conclusion:** It is understood that the NLCP can improve from the professionalization of management and the emphasis on health promotion and teamwork.

## RESUMEN

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar el discurso de los gerentes del Programa Nacional de Control de la Lepra (PNCL).

**Métodos:** Estudio descriptivo e cualitativo con enfoque discursivo. Los coordinadores de las ciudades sede del PNCL en Rio Grande do Norte (RN), los coordinadores regionales y el coordinador estatal componían la población, se incluyeron aquellos con vínculos al servicio durante al menos seis meses, 12 gerentes se consideraron adecuados como muestra. El material empírico, recopilado desde noviembre de 2015 hasta junio de 2016, fue investigado mediante análisis del discurso.

**Resultados:** Los enunciadores formularon discursos en torno a dos ejes: la cuestión de los médicos, con énfasis en el centro de atención de la salud, y la cuestión de la gestión, respaldada por principios burocráticos con componentes heredados del régimen autoritario, con ambos ejes influenciados por el modelo sanitario/activista.

**Conclusión:** Se entiende que el PNCL puede mejorar en función de la profesionalización de la gestión y el énfasis en la promoción de la salud y el trabajo en equipo.

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Évora, Évora, Portugal.

<sup>4</sup>Universidade Potiguar, Natal, RN, Brasil.

## Como citar:

Carvalho FP, Simpson CA, Miranda FA, Queiroz TA, Mendes FR, Carvalho PR. Análise do discurso de gestores do programa de controle da hanseníase. *Enferm Foco*. 2021;12(1):54-60.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3913

## INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Norte apresenta incidência de 7,26 para hanseníase e uma prevalência de 0,69 segundo a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde (MS) em 2018,<sup>1</sup> o que o coloca em uma posição de evidência no Nordeste no que concerne a este agravo.

Entre os anos de 2014 a 2017 todos os indicadores epidemiológicos e operacionais da Hanseníase no estado foram considerados de regulares a precários pela SVS/MS,<sup>(1)</sup> o que corrobora para a existência de pontos nevrálgicos na condução do Programa Nacional de Controle de Hanseníase (PNCH).<sup>(2)</sup>

No que concerne a hanseníase, a avaliação dos serviços de saúde é imprescindível por se tratar de um agravo prioritário na política de saúde do Brasil, necessitando de ações que visem o fortalecimento da atuação da Atenção Primária de Saúde (APS),<sup>(3)</sup> de modo que a organização do processo de trabalho seja descentralizado, alicerçado às diretrizes de regionalização, assim como aos princípios de integralidade.<sup>(4)</sup>

Para tal, é importante assegurar os padrões operacionais, logísticos, econômicos e éticos que estão relacionados ao reconhecimento e seguimento dos contatos, como revelação do diagnóstico precoce, capacitação dos profissionais da rede de atenção à saúde e análise de custo e efetividade das ações empregadas.<sup>(5)</sup> O financiamento desses parâmetros é outro ponto necessário para que a APS tenha seu funcionamento integral, garantido mediante financiamento tripartite, convencionado para exercer suas respectivas ações.<sup>(6)</sup>

O Rio Grande do Norte, dividido em oito regiões administrativas e com seis Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAP) difundidas em seu território, apresenta elevado potencial de proporcionar apoio institucional aos 167 municípios que compõem esta Unidade de Federação,<sup>(7)</sup> no entanto, no que diz respeito ao PNCH, os resultados encontrados pela SVS/MS indicam visivelmente dificuldades em se desenvolver um trabalho voltado para a promoção da saúde da população. Diante disso, o objetivo deste artigo é analisar o PNCH no Rio Grande do Norte na perspectiva de gestores e a articulação com as características e princípios que norteiam a Promoção da Saúde.

## MÉTODOS

Este artigo é parte integrante do estudo "Programa de Controle de Hanseníase no Estado do Rio Grande do Norte: análise na perspectiva da promoção da saúde" e se caracteriza como descritivo, qualitativo, de abordagem discursiva. Adota como estratégia teórico-metodológica a

concepção de avaliação em saúde como um processo que pode ser explicativo onde o "porquê" é melhor do que a simples avaliação de "bom e "ruim", de modo que os sujeitos envolvidos com a intervenção avaliada possam utilizá-la no sentido de melhorar sua prática diária.<sup>(8)</sup>

Os coordenadores municipais do PNCH das cidades-polo das oito regiões administrativas do RN, os coordenadores do PNCH das seis URSAP e o coordenador estadual do programa seriam a população, porém, em duas cidades-polo os gestores se recusaram a conceder a carta de anuência, ficando apenas seis, e um dos coordenadores regionais não concedeu entrevista. Os critérios de inclusão foram a vinculação do profissional ao serviço pesquisado por pelo menos seis meses e a disponibilidade para contribuir com a pesquisa, atenderam a estes critérios 12 gestores, sendo cinco das URSAP, seis das cidades-polo e o coordenador estadual.

Os dados foram coletados por entrevistas gravadas em seus locais de trabalho, no período de novembro de 2015 a junho de 2016, com esclarecimentos acerca do projeto, aspectos éticos e assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido previamente. As gravações foram transcritas e submetidas a análise do discurso.

A análise de discurso foi a opção para a análise dos dados desses gestores por se entender que, nas posições que ocupam, há interditos e omissões (não ditos) que falam juntamente com o discurso completo. Esta análise "considera os processos e as condições por meio dos quais se produz a linguagem. Assim fazendo, insere o homem e a linguagem à sua exterioridade, à sua historicidade".<sup>(9)</sup>

O processo de análise se baseou no método e passos indicados por Orlandi,<sup>(10)</sup> Nogueira<sup>(11)</sup> e Souza.<sup>(12)</sup> Inicialmente ocorreu a retirada do corpus que respondia à questão de pesquisa, em segundo lugar selecionou-se deste corpus o item indicado por Nogueira, a fim de se extrair o objeto discursivo. Em seguida se fez a este corpus as perguntas heurísticas indicadas por Souza que podem ser resumidas como: Qual o conceito fundamental em torno do qual o texto gira? Como se constrói este conceito? A que discurso se filia este sentido? Perguntas que auxiliam na passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e possibilitam construir hipóteses e testá-las, a partir do corpus, a fim de se compreender a produção de sentidos do mesmo.

Adotou-se como referencial teórico a promoção da saúde que abarca a ideia de "fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e

encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidade dos acontecimentos”.<sup>13</sup>

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob CAEE nº 42951615.6.0000.5537.

## RESULTADOS

Quanto a formação, os profissionais participantes do estudo apresentam as seguintes características: formação escolar de nível médio, técnicos de enfermagem (03), graduados em Enfermagem (04), Odontologia (01), Fisioterapia (01), Serviço Social (02) e Biologia (01). A maioria ocupa cargo de gestão no PNCH entre 2 e 34 anos. Dentre esses, dois ocupam o cargo há menos de um ano (seis e sete meses). À exceção de um gestor, os demais não mantêm vínculo empregatício com outra instituição. Os enunciadores produziram discursos diversos, mas com eixos comuns. Os principais achados estão dispostos em dois blocos discursivos, escolhidos porque foram predominantes e influenciaram todos os outros enunciados produzidos. São eles: a questão do médico e a questão do gestor.

### Bloco discursivo: A questão do médico

A análise discursiva dos enunciados dos gestores evidencia uma assistência em saúde médico-centrada, com ênfase no agravo e no diagnóstico, no distanciamento da proposta democrática do Sistema Único de Saúde (SUS), da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da Promoção da Saúde. Existe supervalorização do saber médico com nuances de reverência a esse profissional, com discursos onde se culpa e desculpa ao mesmo tempo sua ausência nos treinamentos e envolvimento com a equipe da ESF. Sublinham-se nos discursos, estas marcas textuais.

*[...] Os médicos da atenção básica, por falta de treinamento também, porque a adesão dos médicos aos treinamentos é muito baixa, mesmo quando a gente disponibiliza mais vagas, geralmente vai 1 ou 2 médicos [...] e a gente sabe que quem fecha diagnóstico é médico, então ocorre muita dificuldade no diagnóstico precoce por isso, pela falta de treinamento o médico não se sente capaz para fechar o diagnóstico de hanseníase (G1).*

*[...] Como ela é Hansenóloga, e ela participa mesmo das campanhas, ela vai, é nessas campanhas a tarde, você vê que ela ficava sozinha atendendo cem pessoas*

*nas escolas; então assim, a gente tem muita sorte, aqui ela realmente quem trabalha na Hanseníase. Ela tem empenho, sabe?! (G4).*

*[...] Mas seria muito bom se isso acontecesse, né? De repente cada município que tem casos ou até mesmo os que não têm ainda, tivesse um dermatologista treinado, seria maravilhoso (G5).*

As marcas textuais dos discursos apontam para a valorização de especialistas em detrimento dos generalistas, algo conhecido e culturalmente estabelecido. Há uma ideia errônea que só dermatologistas estão aptos para fechar o diagnóstico da doença ou de que médicos da ESF treinados se transformarão em “referência” para diagnóstico de hanseníase.

*Eu não tenho como obrigar um médico, [...] por que ele recebeu um treinamento, ser a referência para todos os diagnósticos para a região dele (G6).*

Os discursos revelam que essa problemática incide diretamente no acesso da população ao diagnóstico precoce e tratamento, embora não seja percebido por alguns enunciadores e até minimizado por outros.

### Bloco discursivo: A questão da gerência

A gerência/gestão dos programas e políticas de saúde é considerada, no Estado do Rio Grande do Norte, cargo de confiança, portanto, os critérios para o preenchimento desses cargos podem variar entre os municípios e a qualificação administrativa não é exigida para o cargo. O modelo de gestão evocado nos discursos é burocrático e verticalizado com raríssimas exceções, concentrado basicamente em duas atividades: alimentação do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) e entrega de medicamentos, como pode ser observado nos discursos a seguir:

*Acompanhamento mesmo dos casos de fichas de notificação, dispensação de remédios, a medicação é dispensada daqui mesmo da regional, e outra coisa que a gente oferece também é, são os serviços de laboratório que seriam as baciloscopias (G3).*

*A gente recebe as fichas de notificações dos casos de Hanseníase pelos municípios que ainda não são descentralizados, que o programa não é descentralizado pra eles, recebemos as fichas, colocamos a etiqueta do SINAM e colocamos no sistema no SINAM, certo, mais especificamente “Hanseníase”. Aí a gente coloca no sistema, digita no programa e fica acompanhando, né?*

*fazendo a avaliação e acompanhamento de como tá os casos e também faz a dispensação do medicamento aqui. [...] E também a dispensação de medicamentos, o município faz a solicitação, a gente dispensa (G7).*

A descentralização no discurso do G7 se refere ao programa de informática do SINAN e não à descentralização dos atendimentos e decisões dentro do PNCH. Há gestores em desvio e acúmulo de funções quando assumem ações que deveriam ser realizadas na ESF. Entende-se como salutar e desejável o envolvimento em ações coletivas do PNCH por todas as instâncias (APS, referência e gestão), porém, há troca de papéis e omissão da APS no que concerne ao diagnóstico e acompanhamento das pessoas com hanseníase.

*[...] Eu faço atendimento. Hoje mesmo já veio um paciente [...] diabético, ele veio de [...] está morando no nosso município, na zona rural e como ele era diabético, ele é até dependente de insulina, não despertaram para que fosse uma hanseníase aquelas manchas no corpo dele, aí quando ele veio, procurou o meu serviço, foi encaminhado para aqui, eu fiz os exames e foi um desses que eu encaminhei de imediato para o médico [dermatologista em consultório particular] (G5).*

O G5 se divide entre a coordenação de outros programas (tuberculose, hanseníase, dengue, dentre outros) e o atendimento as pessoas, além de consulta que é privativo de enfermeiros e médicos e, no caso específico, da ESF. Mas na ausência e/ou omissão destes, o G5 assume o papel, desconhecendo que está infringindo a lei.

*[...] Mando o meu boleto de acompanhamento, que é o meu acompanhamento direto com as UBS, a gente manda no boleto de acompanhamento mensal, e a gente faz o acompanhamento da UBS. As dúvidas que eles tem, os enfermeiros ligam para mim, tiro as dúvidas das enfermeiras, até dúvida realmente em relação a doença, tratamento e medicação; e também na parte... é... burocrática: preenchimento de... de... formulário, preenchimento de... de... banco de acompanhamento, que é uma dificuldade muito grande deles preencherem o boleto de acompanhamento [...] chega aqui o prontuário limpo e seco, bem limpinho (G6).*

O G6 importa-se com a efetivação das ações do PNCH na APS e na referência, tem uma gestão itinerante para mostrar, na prática, como realiza ações de promoção da saúde e detecção precoce da Hanseníase e das reações

hansênicas, na tentativa de prevenir as incapacidades físicas e demonstra seu descontentamento com a falta de compromisso social da APS com as mesmas, como aponta as marcas textuais do discurso:

*[...] findou, que eles estavam ajudando a gente assim... 'Ah... a gente está ajudando', 'ah! A gente veio ajudar vocês'... Entendeu?! E não é essa a ideia! A ideia é que eles façam e a gente [gestor e pessoal da referência secundária] seja só... um... um suporte, entendeu?! (G6).*

O discurso do G6 também evidencia as condições de vínculo precárias em que os profissionais da referência se encontram, apenas 20 horas semanais para realizarem ações gerenciais e de promoção da saúde. O discurso do gestor aponta para uma gestão compartilhada na qual o trabalho é feito em parceria constante, uma parceria que o G6 almeja que seja mais forte com a APS.

*Ações da coordenação, as meninas vão comigo, ações da referência as meninas vão com elas, quer dizer, a gente se misturou, e é uma equipe, aqui todo mundo faz tudo, mas assim, é complicado essa equipe só com vinte horas, entendeu?! (G6).*

A minoria dos gestores demonstra compreensão do PNCH e de seu papel assumido. Embora desempenhe o cargo há anos, observa-se situações mais graves nas quais o gestor evidencia seu desconhecimento sobre a doença e o programa que coordena.

*Na verdade no momento só tem eu tomando conta no programa como coordenadora e na medida que eu preciso de informações mais detalhadas eu sempre conto com a enfermeira, né? [...] (G7).*

*[...] a gente não tem cursos, né porque a gente não tem, nunca teve da URSAP, quando teve o treinamento, acho que faz muito tempo, [...] e a gente não têm mais, assim, embasamento sobre... o que a gente tem é um livro que quiser ler e pesquisar, é mais ou menos isso. [...], eu assumi em 2000 e estamos em 2015 [...]o que eu sei, é aquele básico que a gente, de pegar notificação de colocar... achando que as meninas que colocam, de saber se tem caso, de... [...] então é basicamente isso, é ainda muito, muito vago, não tive nada aprofundado não de hanseníase [...] (G11).*

Dessa forma, os gestores discorreram sobre as dificuldades enfrentadas, o vínculo empregatício precário e

dependente dos políticos estadual e municipal, gerando interditos e evidenciando os problemas enfrentados na condução do PNCH.

## DISCUSSÃO

O PNCH se efetiva, principalmente na APS, porque é o local onde ocorre a maioria das ações em saúde direcionadas para este agravo. No entanto, o modo como o SUS e a APS se apresentam a população é predominantemente midiático. Percebe-se essa influência no discurso dos gestores, sobretudo quando evidenciam a valorização dos especialistas e serviços chamados “de referência” em detrimento das equipes de ESF.

A reprodução do modelo médico hegemônico, com foco mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica, caracteriza-se como um dos principais desafios para a APS.<sup>(14)</sup>

Nesse cenário, “embora se observem alguns avanços, as inúmeras medidas adotadas no sentido de constituir equipes multiprofissionais para realizar um trabalho integrado que aborde outros aspectos do cuidado em saúde, além do biológico, não têm sido suficientes para promover as mudanças necessárias nas práticas profissionais que continuam nucleadas pelo trabalho médico”.<sup>(15)</sup>

Este fato contradiz a política atual do MS para a área, ao ressaltar atribuições de todos os envolvidos, profissionais e gestores, bem como a proposta da ESF pautada na Promoção da Saúde e com ações centradas nas famílias. Não se pretende aqui diminuir a importância de um profissional de saúde no cenário do SUS, mas apontar aspectos da realidade estudada que contribuam para o debate de soluções que sejam efetivas para a mudança desse modelo de atenção à saúde com tendência ao insucesso. Os discursos revelam o poder e o status que foi sendo agregado ao longo de mais de dois séculos ao médico como sendo o único ou o maior detentor do saber na área da saúde.

Percebe-se ainda, uma fragilidade na incorporação de médicos na atenção primária com formação generalista ou de medicina da família/comunidade. A escassez dessa especialidade na ESF está relacionada a insatisfação salarial, sobrecarga de trabalho, desvalorização e ao vínculo empregatício incerto com interferência de interesses políticos na contratação e/ou permanência,<sup>(16,17)</sup> o que dificulta a manutenção das equipes e a organização do trabalho.

A gestão em saúde deveria ser profissionalizada, considerada como área estratégica, porém os subempregos e vínculos precários evidentes entre os profissionais e

gestores dificultam sua efetivação. “A flexibilização e a precarização abalam os laços contratuais presentes no antigo modelo de produção, abrindo espaço ao subproletariado. O entendimento das consequências das ‘metamorfoses’ do trabalho nas últimas duas décadas (como é o caso do Brasil, onde se percebeu o avanço do ideal neoliberal a partir do início da década de 1990) deve adotar percepções dinâmicas no que se diz respeito à transformação da realidade, indo do amplo ao mais íntimo, do individual ao público”.<sup>(18)</sup>

Alguns gestores evidenciaram em seus discursos o pouco conhecimento acerca de seu próprio objeto de trabalho, porém ao invés de assumir a responsabilidade de buscar o conhecimento para o exercício adequado de suas funções, há um jogo onde se empurra responsabilidades e possíveis culpas, além de assumirem passivamente o papel de gestor burocrático se distanciando “de um processo de trabalho efetivo e de qualidade que o mesmo deveria conhecer, apropriar-se e incluir-se como protagonista”.<sup>(19)</sup>

Os discursos apontam a distância entre um trabalho pautado na Promoção da Saúde e este concentrado em papéis, funções e sistemas informatizados onde o paciente e a população não são o centro, o objetivo e o fim do PNCH.

O papel da Unidade Federada para com o PNCH se esvazia cada vez mais com o fechamento de serviços de referência e a não responsabilização deste ente público com um fluxograma mínimo de atendimento, bem como com o provimento de profissionais, condições de trabalho e apoio técnico para os gestores do PNCH.<sup>(20)</sup>

O modelo de gestão baseado em planejamento centralizado e cobrança de resultados pelo nível hierárquico superior não produz engajamento afetivo e político dos trabalhadores, uma vez que “reprime a criação coletiva e o espaço para que os trabalhadores possam refletir e avaliar atos atribuídos, causando sensação de acúmulo de atividades e atraso das metas e ações, anteriormente programadas com a equipe e comunidade”.<sup>(21)</sup>

Como um estudo qualitativo, a análise do discurso do grupo objeto deste estudo não pode ser generalizado, pois reflete apenas a realidade vivida no Estado, não podendo afirmar que corresponde a totalidade dos problemas do programa de hanseníase no Brasil, entretanto, pode nos dar uma base dos principais entraves com relação a hanseníase.

A ausência de um conceito claro de Promoção da Saúde por parte dos gestores e de como conduzir ações nessa perspectiva repercute na assistência à população, dificultando o acesso ao diagnóstico, medicamentos e ao acompanhamento. Para que a Promoção da Saúde seja o condutor das ações dos gestores, faz-se necessário um projeto

coletivo para o PNCH que contemple a proposta de superação de uma assistência centrada na doença e dependente de especialista para se efetivar.

## CONCLUSÃO

Determinados os discursos dos gestores do PNCH, compreende-se uma gestão realizada de modo vertical e burocrático, distante da proposta democrática da formação de Redes de Atenção à Saúde. Esse modelo de gestão tem como centro o cumprimento de normas estabelecidas verticalmente e não a população. A dependência no serviço do profissional médico e a valorização das especializações minimiza o potencial dos outros profissionais e os desestimula, além de priorizar ações individuais com foco na doença e não nos indivíduos e famílias. Há ausência nos discursos da perspectiva de inclusão da população nas etapas do cuidado a saúde (desde o planejamento até a avaliação), incluindo-a como corresponsável pelo processo de cura, reabilitação e promoção da saúde. Compreendeu-se o PNCH com potencialidade de melhorar seus índices avaliativos, aqueles com foco nos resultados, a partir de duas iniciativas: (1) profissionalização da gestão e (2) ênfase na promoção da saúde e trabalho em equipe. Há gestores com mais de uma coordenação para gerir, porém, sem suporte técnico/científico/político; a maioria está na função há muito tempo e ainda não se apropriou de todas as ferramentas científicas,

técnicas e filosóficas necessárias ao desenvolvimento de um trabalho que promova a saúde e que dê resultados eficazes para a população. A pouca cooperação dos profissionais de saúde, especialmente da ESF, é apontada nos discursos com insatisfação, porém, a gestão não inclui os profissionais no planejamento, tornando-os co-participes da construção de uma política de atenção com uma missão única através de negociações mútuas. Nota-se o contrário, a existência de comando verticalizado expressos através de "campanhas", números, "boletins" que necessitam ser feitos e que, segundo os gestores, não o são de maneira confiável e nem eficaz, refletindo na avaliação do PNCH por parte do MS.

## Contribuições

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Clélia Albino Simpson e Tatiane Aparecida Queiroz: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada; Pablo Ramon da Silva Carvalho: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Francisco Arnaldo Nunes de Miranda e Felismina Rosa Parreira Mendes: aprovação da versão final a ser publicada.

## Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico – Hanseníase. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/31/Boletim-hanseníase-2020-web.pdf>
2. Noriega LF, Chiacchio ND, Noriega AF, Pereira GA, Vieira ML, Noriega LF, et al. Leprosy: ancient disease remains a public health problem nowadays. *An Bras Dermatol*. 2016;91(4):547–8.
3. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 28];31(1):1-10. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17251>
4. Leite TR, Lopes MD, Maia ER, Cavalcante EG. Avaliação da estrutura da atenção primária à saúde na atenção à hanseníase. *Enferm Foco*. 2019;10(4):73-8.
5. Souza EA, Ferreira AF, Pinto MS, Heukelbach J, Oliveira HX, Barbosa JC, et al. Desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase: uma análise espaço-temporal no Estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):1-16.
6. Bandeira FJ, Campos AC, Gonçalves LH. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. *Enferm Foco*. 2019;10(2):24-9.
7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sinopse do censo demográfico. Região de São Paulo e Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2020 Maio 20]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
8. Faria CA. A política da avaliação de políticas públicas. *Rev Bras Ciênc Soc*. 2005;20(59):97-110.
9. Silva MA. Sobre a análise do discurso. *Rev Psicol UNESP*. 2005;4(1):25.
10. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 1999.
11. Nogueira C. A análise do discurso. In: Almeida L, Fernandes E, organizadores. Métodos e técnicas de avaliação: novos contributos para a prática e investigação. Braga: CEEP; 2001.
12. Souza SA. Análise de discurso: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Censur; 2014.
13. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 43-57.
14. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1723-8.

15. Rizzotto ML, Gil CR, Carvalho M, Fonseca AL, Santos MF. Workforce and work management in health/primary care: revelations of External Evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care in Paraná. *Saúde Debate*. 2014;38(SPE):237–51.
16. Galavote HS, Franco TB, Freitas PS, Lima EF, Garcia AC, Andrade MA, et al. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. *Saúde Soc*. 2016;25(4):988–1002.
17. Barbosa SP, Coelho KA, Carvalho LM, Sarria B, Santos RC, Cavalcante RB, et al. Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. *Rev Bras Educ Méd*. 2019;43(1):395–403.
18. Benevides PS, Carvalho TA. Biopolítica, bioeconomia, subjetividade: uma análise das principais transformações laborais no capitalismo contemporâneo. *Rev Subj*. 2015;15(3):362–74.
19. Oliveira RC, Adário KD, Sá LD, Videres AR, Souza SA, Pinheiro PG, et al. Managers' discourse about information and knowledge related to directly observed treatment of tuberculosis. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(2):1–9.
20. Carneiro PS, Forster AC, Ferreira JB. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. *Saúde Debate*. 2014;38(100):57–68.
21. Ponte HM, Oliveira LC, Ávila MM. Desafios da operacionalização do método da roda: experiência em Sobral (CE). *Saúde Debate*. 2016;40(108):34–47.

# MULHERES MASTECTOMIZADAS: FATORES EXCLUDENTES DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

MASTECTOMIZED WOMEN: EXCLUDING FACTORS OF BREAST RECONSTRUCTION

MUJERES MASTECTOMIZADAS: FACTORES EXCLUSIVOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Yanny Dantas de Macedo<sup>1</sup>

Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda Cavalcanti<sup>1</sup>

Cesar Cartaxo Cavalcanti<sup>1</sup>

Daiana Beatriz de Lira e Silva<sup>1</sup>

Betânia Maria Pereira dos Santos<sup>1</sup>

Sonia Maria Josino dos Santos<sup>1</sup>

Jaqueline Ferreira Canuto<sup>1</sup>

Gleydson Henrique de Oliveira Dantas<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1126-1180>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2325-4647>)

(<https://orcid.org/0000-0002-4896-260X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1129-2662>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6985-2306>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8368-1301>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2439-4273>)

(<https://orcid.org/0000-0002-0690-5180>)

## Descritores

Câncer de mama; Mastectomia; Reconstrução mamária; Direito à saúde; Educação em saúde

## Descriptors

Breast cancer; Mastectomy; Breast reconstruction; Right to health; Health education

## Descriptores

Cancer de mama; Mastectomia; Reconstrucción mamaria; Derecho a la salud; Educación en salud

## Recebido

7 de Junho de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Daiana Beatriz de Lira e Silva  
E-mail: daiana\_beatriz@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender os processos ou racionalidades dos fatores excludentes da reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas.

**Métodos:** Trata-se de investigação do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvido no hospital Napoleão Laureano em João Pessoa - Paraíba, com amostra de 10 mulheres mastectomizadas no pós-operatório imediato.

**Resultados:** após a coleta dos depoimentos, estabeleceram-se as categorias a partir da análise de conteúdo, que foram: desconhecimento acerca da reconstrução mamária pós-mastectomia; medo de complicações posteriores e falta de desejo na colocação da prótese mamária. Quanto ao tipo de mastectomia, apenas 20% realizaram a reconstrução mamária imediata.

**Conclusão:** Evidenciou-se que houve falha de comunicação pelos profissionais em informar os direitos garantidos por leis a essas mulheres, mesmo que suas condições clínicas sejam impeditivas para a realização do procedimento. Apesar da conquista da Lei Federal que garante a reconstrução mamária, existem mulheres que optam pela não realização, seja por medo ou conformismo da cura.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the processes or rationalities of excluding factors in breast reconstruction in mastectomized women.

**Methods:** This is an exploratory and descriptive research with a qualitative approach, developed at Napoleão Laureano hospital in João Pessoa - Paraíba, with a sample of 10 women who had mastectomies in the immediate postoperative period.

**Results:** After collecting the testimonies, the categories were established from the content analysis, which were ignorance about breast reconstruction after mastectomy; fear of further complications and lack of desire for breast implant placement. Regarding the type of mastectomy, only 20% underwent immediate breast reconstruction.

**Conclusion:** It was evidenced that there was a failure of professionals to communicate the rights guaranteed by law to these women, even if their clinical conditions are impeding the performance of the procedure. Despite the achievement of the federal law that guarantees breast reconstruction, there are women who choose not to perform, either for fear or for conformity of the cure.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender los procesos o las racionalidades de los factores excluyentes en la reconstrucción mamaria en mujeres mastectomizadas.

**Métodos:** Esta es una investigación exploratoria y descriptiva con un enfoque cualitativo, desarrollada en el hospital Napoleão Laureano en João Pessoa - Paraíba, con una muestra de 10 mujeres que tuvieron mastectomías en el postoperatorio inmediato.

**Resultados:** Después de recopilar los testimonios, se establecieron las categorías a partir del análisis de contenido, que eran ignorancia sobre la reconstrucción mamaria después de la mastectomia; miedo a otras complicaciones y falta de deseo de colocar implantes mamarios. En cuanto al tipo de mastectomia, solo el 20% se sometió a reconstrucción mamaria inmediata.

**Conclusión:** Se evidenció que los profesionales no pudieron comunicar los derechos garantizados por la ley a estas mujeres, incluso si sus condiciones clínicas impiden la realización del procedimiento. A pesar del logro de la Ley Federal que garantiza la reconstrucción mamaria, hay mujeres que optan por no realizar, ya sea por miedo o por la conformidad de la cura.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

## Como citar:

Macedo YD, Cavalcanti AJ, Cavalcanti CC, Silva DB, Santos BM, Santos SM, et al. Mulheres mastectomizadas: fatores excludentes da reconstrução mamária. *Enferm Foco*. 2021;12(1):61-6.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3976

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama pode ser considerado como um tipo de temor, que intimida e abala grande parte das mulheres. Na maioria dos casos o tratamento implica na mutilação da parte física, em uma das áreas mais simbólicas do corpo feminino, as mamas, conduzindo a mulher para o caminho dos distúrbios psicológicos.

Do ponto de vista patológico, o câncer de mama é considerado o mais frequente tumor maligno entre as mulheres, excluindo os cânceres de pele não-melanoma. No Brasil, para cada biênio 2018-2019, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.<sup>(1)</sup>

O diagnóstico desta modalidade cancerígena promove sensações muito traumáticas, nas quais se inclui o pensamento de possuir uma doença grave, a indispensabilidade de efetuar um tratamento maléfico e agressivo, o receio de morrer, e por último, ter que enfrentar as alterações no seu corpo. A concepção desfavorável do corpo compreende a insatisfação com a aparência, receio de perder a feminilidade e perturbação psicológica, onde a paciente resiste em ver-se sem roupa e encontrar-se descontente com as marcas da cirurgia.<sup>(2)</sup>

De acordo com a Sociedade Brasileira de Mastologia – SBM, a luta pelos direitos das mulheres mastectomizadas quando tratadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS devem ser atendidas, de maneira, que elas possam realizar a reconstrução mamária. Os dados revelam que entre 2008 e 2014, o número de mulheres que realizaram o procedimento aumentou de 15% para 29,2%, porém, cerca de 7,6 mil mulheres tratadas em 2014 não foram beneficiadas pela lei.<sup>(3)</sup>

A Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Anos depois, a Lei de nº 12.802, de 24 de abril de 2013, altera a lei anterior, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Houve acréscimo de um parágrafo, que impõe que a reconstrução mamária deverá ser efetuada no mesmo ato cirúrgico, desde que exista condições técnicas. No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após apresentar as condições clínicas requeridas.<sup>(4,5)</sup>

Parte-se do pressuposto que as mulheres mastectomizadas devem aceitar realizar a reconstrução mamária no

momento da cirurgia, como fator indispensável para a melhoria da autoestima e da aparência corporal, além de ser um direito respaldado na legislação específica que trata a matéria.

Em relação à temática, os profissionais da saúde, que se encontram desenvolvendo atividades nessa área, necessitam entender todos os aspectos que envolvem essa clientela objetivando melhor entender os aspectos relacionados e buscar soluções.

No que se refere ao enfermeiro, enquanto tomador de decisões, essa categoria possui competência técnica e legal de compartilhar as ações de forma interdisciplinar e multidisciplinar com profissões de modo direto ou indireto, além de influenciar toda a comunidade delimitada. Nas unidades hospitalares, embora as decisões dos enfermeiros sofram limitações, o conhecimento de sua área de proveniência, pode garantir uma maior autonomia e segurança durante o desempenho profissional.

Nesse sentido, o conhecimento e a atuação na área oncológica, justifica o estudo, pela necessidade oportuna de identificar os fatores que contribuem para que essas mulheres não realizem a reconstrução mamária.

O objeto do estudo desta investigação consiste nos fatores excludentes da reconstrução mamária apontados pelas mulheres mastectomizadas que as conduzem para a não utilização das prerrogativas estabelecidas na Lei de nº 12.802/2013.

A importância do estudo se dá pela possibilidade de problematização dos fatores especificados pelas mulheres mastectomizadas referentes a não utilização da reconstrução mamária como forma complementar o tratamento no intraoperatório de cirurgia de mama.

Portanto é plausível indagar se as mulheres mastectomizadas tem conhecimento do direito instituído pela Lei de nº 9.797/1999 e de nº 12.802/2013, que estabelecem o direito e o momento da reconstrução mamária e quais fatores elencados sob a óptica das mulheres mastectomizadas são determinantes para que haja exclusão da reconstrução mamária.<sup>(4,5)</sup>

Para tal, o presente estudo tem o objetivo de compreender os processos ou racionalidades dos fatores excludentes da reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas.

Nesse contexto, será necessário identificar o conhecimento das mulheres mastectomizadas em relação aos ditames legais estabelecidos nas leis de nº 9.797/1999 e de nº 12.802/2013 bem como listar os fatores excludentes sob a percepção das mulheres mastectomizadas e correlacionar os fatores excludentes a não realização da reconstrução mamária no momento ou após a cirurgia de mastectomia.

## MÉTODOS

Trata-se de investigação do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Esse tipo de investigação ampara a comunidade científica apoiando o conhecimento de determinado problema posto. Em geral, envolve abordagens, acerca do conhecimento científico público e contato direto com a realidade avaliada.<sup>(6)</sup>

No que se refere à abordagem qualitativa, ao realizar esse tipo de investigação, a preocupação deve ser menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.<sup>(7)</sup>

O estudo ocorreu no Hospital Filantrópico Napoleão Laureano, localizado da cidade de João Pessoa, Paraíba, considerado referência para o todo o Estado. A escolha por essa instituição se deu, pelo fato do hospital de ser destinado ao atendimento de pacientes clínicos e cirúrgicos na especialidade oncológica, além de investir constantemente na qualidade de seus profissionais de saúde para ser revertido aos pacientes/clientes que ali serão admitidos para efetivação de sua terapêutica, sendo um campo rico para o desenvolvimento do estudo. Enfatiza-se ainda a adoção do SUS e efetivação de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas.

A população desse estudo foi constituída por 10 mulheres que se encontrava no pós - operatório imediato de mastectomia. A amostra seguiu o critério numérico em pesquisa qualitativa, embora quase sempre, o investigador precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas, a dimensão e a delimitação do espaço. Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflète a totalidade das múltiplas dimensões do objeto do estudo.

A coleta ocorreu no período de março a abril de 2019. Para a coleta de dado utilizou-se a técnica da entrevista do tipo estruturada, através de um roteiro previamente estabelecido e desenhado para esse fim, onde os depoimentos das mulheres mastectomizadas foram gravados.

O roteiro de entrevista foi composto por três etapas, onde a primeira etapa foi aplicada as mulheres mastectomizadas no pós-operatório imediato, contendo itens sobre o perfil das participantes do estudo, variáveis sobre idade, conjugalidade, grau de instrução e renda familiar.

Na segunda etapa, foram aplicados os itens concernentes ao objetivo proposto, abrangendo as seguintes perguntas: 1) Tem conhecimento sobre a lei federal que dispõe sobre a obrigatoriedade da reconstrução mamária pelo Sistema Único de Saúde nos casos de mutilação

decorrentes do câncer de mama? Caso a mulher responda que sim, será indagado se compreende o momento que a reconstrução mamária deve ser realizada; 2) Conhece alguma mulher que realizou a reconstrução mamária? Caso sim, quais foram as suas percepções sobre isso? 3) Tem interesse em realizar a reconstrução mamária?; 4) Algum profissional de saúde a informou sobre o direito da realização da reconstrução mamária pós-mastectomia? Caso sim, qual?; 5) Ano do diagnóstico; 6) Tratamentos realizados e suas combinações.

As questões relativas à terceira etapa foram aplicadas para as mulheres que se submeteram a mastectomia e não realizaram a reconstrução mamária. Questionou-se: Ciente da Lei Federal que garante o direito a reconstrução mamária pós-mastectomia pelo Sistema Único de Saúde, porque a senhora decidiu não fazer a reconstrução da mama?

Foram garantidos o anonimato, sigilo, autonomia e privacidade dessas mulheres para participar ou não da pesquisa, bem como retirar o seu consentimento, sem ocasionar prejuízo para a pesquisa. Como garantia de anonimato, elas foram intituladas através de nomes de rosas mais conhecidas.

Após a coleta de dados, os depoimentos foram transcritos e interpretados, seguindo a técnica de análise temática, que consiste na busca dos núcleos de sentido para se construir uma comunicação em que a presença de determinados temas expressam os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos relacionados ao objeto analítico.

O estudo pautou-se na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, seguindo as etapas preconizadas, como a obtenção de anuência do serviço onde foi realizado o estudo. Após a obtenção da carta de autorização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação e deferimento de parecer, de inserção na Plataforma Brasil<sup>(8)</sup> (CAAE: 03833418.0.0000.5188).

## RESULTADOS

Para fornecer mais informações sobre as participantes da pesquisa, os resultados foram organizados e apresentados da seguinte forma: caracterização das participantes, tratamento cirúrgico, idade, conjugalidade, grau de instrução e renda familiar, demonstrados na tabela 1.

A amostra da pesquisa resultou em 10 mulheres que foram recrutadas no pós-operatório imediato de mastectomia. Quanto ao perfil das componentes da amostra, observou-se uma população feminina, apresentando idade

**Tabela 1. Caracterização clínica e econômica das mulheres do estudo**

Indivíduos	Tipo mastectomia/ano/diagnóstico	Idade	Conjugalidade	Grau de instrução	Renda familiar salário mínimo (sm)
Lírio	Simple (RM imediata), 1 ano	32	Casada	E.S.C	3
Orquídea	Radical (RM imediata), 1 ano	63	Casada	E.M.C	3
Girassol	Radical, 5 meses	70	Casada	E.F.C	2
Margarida	Radical, 1 ano	60	Casada	E.F.I	2
Rosa	Simple, 1 ano	36	União estável	E.F.C	3
Tulipa	Radical, 4 meses	57	Casada	Analfabeta	1
Violeta	Radical, 1 ano	71	Viúva	Analfabeta	1
Camélia	Radical, 1 ano	31	União estável	E.M.C	1
Azaleia	Simple, 1 ano	53	União estável	E.M.C	1
Cravo	Radical, 2 anos	56	Viúva	E.F.C	2

Dados da Pesquisa 2019. Nota específica: EFC - Ensino Fundamental Completo; EFI - Ensino Fundamental Incompleto; EMC - Ensino Médio Completo; ESC - Ensino Superior Completo. RM - Reconstrução mamária

entre 31 e 71 anos, sendo cinco (50%) das participantes casadas, três (30%) mantinham união estável e duas (20%) viúvas. Com relação ao grau de instrução, apenas uma (10%) alcançou o grau superior completo, três (30%) ensino fundamental completo, três (30%), médio completo, duas (20%) analfabetas e uma (10%) fundamental incompleto. Quanto à renda familiar foram coletados os seguintes dados: quatro (40%) possuem renda familiar de um salário mínimo, três (30%) de dois salários mínimos e três (30%) de três salários mínimos. Quanto ao tipo de mastectomia, apenas duas (20%) realizaram a reconstrução mamária imediata.

Diante das respostas e do que foi discutido com as participantes do estudo, elucidou-se as seguintes áreas temáticas: Desconhecimento acerca da reconstrução mamária pós-mastectomia; Medo de complicações posteriores; Falta de desejo na colocação da prótese mamária.

### Desconhecimento acerca da reconstrução mamária pós-mastectomia

Nesta unidade temática, inferiu-se a partir dos discursos de três mulheres, que a equipe de saúde que as acompanharam não informou sobre o direito a realização da reconstrução mamária. Quando questionadas se tinham conhecimento sobre as leis e se algum profissional de saúde a haviam informado, 40% das participantes responderam que não.

*Não me disseram nada, achei até que fosse muito caro, eu não tenho condições. (Girassol)*

*Eu não sabia que era direito, disseram só que eu usasse sutiã com enchimento, até porque pra pobre não existe direito. (Tulipa)*

*Como te falei, eu não sabia disso, mas acho que é porque ainda vou precisar fazer a radioterapia. (Violeta)*

### Medo de complicações posteriores

Diante de todo o sofrimento desde o recebimento do diagnóstico do câncer de mama, a procedimentos invasivos advindos do processo de cura da doença, a reconstrução mamária aparece como um fator positivo para a recuperação psíquica e emocional da paciente. Entretanto, fatores como o medo da rejeição e recidiva da doença, desestimula a realização do procedimento. Quanto a esta categoria, foi identificado que mesmo a paciente tendo conhecimento sobre a Lei que assegura a realização da reconstrução mamária, alegou o medo de haver complicações provenientes do procedimento. A outra participante não foi informada sobre o seu direito, porém confirmou que mesmo se tivesse conhecimento, mostrou-se indecisa quanto ao ato.

*Não quis porque tenho medo da rejeição da prótese e o meu sofrimento triplicar, então achei melhor não colocar. (Rosa)*

*Não falei nada não, mas fico indecisa quanto a colocar ou não, porque conheço pessoas que disseram que fica bonito, mas outras disseram q deu alguma coisa errada depois, tipo rejeição. (Camélia)*

### Falta de desejo na colocação da prótese mamária

Permite-se inferir que todas as mulheres mastectomizadas, tinham o propósito de realizar a reconstrução mamária. Todavia, três participantes demonstraram desinteresse em tal procedimento e apenas duas realizaram a reconstrução mamária imediata com implante mamário. Questionou-se para as mulheres que tinham o conhecimento da Lei de Nº 12.802, de 24 de abril de 2013 se a equipe médica as informou sobre a possibilidade de realizarem a reconstrução mamária pós-mastectomia, o motivo que as levaram à não execução do procedimento. Duas participantes elegeram a idade como fator excludente e uma garantiu que a cura é de maior importância, não sendo necessárias medidas estéticas.

*Eu já sou velha, se já tirei (mama) e deu tudo certo, está ótimo. Se fosse em menina nova era compreensível. (Cravo)*

*Sou de idade minha filha, não tenho mais vaidade quanto a isso. (Margarida)*

*Eu sei que pode, mas não quis não, o que importa é que agora eu tô viva e curada, o resto é resto. (Azaleia).*

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a partir dos relatos de mulheres mastectomizadas os fatores excludentes da realização da reconstrução mamária. A amostra foi constituída por 10 participantes no pós-operatório imediato de mastectomia, onde predominou mulheres com idade superior a 53 anos, casadas, baixo nível de escolaridade e renda familiar.

Constatou-se que apenas duas mulheres realizaram a reconstrução mamária imediata, sendo o implante mamário de silicone o método escolhido pela equipe médica. As duas pacientes eram casadas, com idades extremistas (32 e 63 anos), bom nível de escolaridade (ensino superior completo e ensino médio completo, respectivamente) e renda familiar média (ambas recebiam três salários mínimos). As duas participantes transpireceram felicidade, realização e início de melhora da autoestima após o procedimento.

Com relação ao conhecimento das participantes sobre a lei que trata a obrigatoriedade desse tipo de cirurgia plástica reparadora da mama pelo SUS, em casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, evidencia-se uma carência por parte dos profissionais da saúde quanto ao interesse em manter um diálogo de apresentação dos métodos terapêuticos disponíveis para a recuperação total da paciente, mesmo que eles apresentem fatores de exclusão para a realização da reconstrução mamária. Os profissionais de saúde devem discutir com as pacientes sobre o direito e a possibilidade da RM tardia após alcançar as condições clínicas requeridas. Verificou-se que 40% das mulheres não foram informadas sobre a existência do direito e nem tinham o conhecimento da Lei.

Apesar da conquista da Lei Federal que garante a reconstrução mamária para as mastectomizadas, existem mulheres que optam pela não realização.

Recentemente no Brasil, foi aprovada a Lei de Nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018, que altera as Leis de Nº 9.797/1999 e de Nº 12.802/13. Esta última determina que a reconstrução mamária seja realizada obrigatoriamente no mesmo ato cirúrgico da mastectomia, considerando as particularidades clínicas associadas a cada paciente, garantidas pelo SUS. A lei atual afirma que os procedimentos de simetrização das mamas e a reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva, mantendo a realização do procedimento impreterivelmente no mesmo ato cirúrgico da remoção.<sup>(9)</sup>

Antes da realização da reconstrução mamária imediata, prefere-se optar pelo tratamento da radioterapia, devido a duas justificativas principais: após o procedimento, tecidos não pertencentes ao leito mamário (retalhos musculares,

pele e próteses) seriam irradiados sem necessidade e a reconstrução mamária feita antes da radioterapia pode levar a planejamentos inadequados, seja com irradiação demasiada dos órgãos adjacentes, seja com irradiação insuficiente do leito cirúrgico e/ou drenagens linfonodais.<sup>(10)</sup>

A reconstrução mamária traz suas vantagens e desvantagens nos quesitos físico, social e emocional da mulher submetida à mastectomia. Cada tipo de procedimento pode apresentar diversos agravamentos que faz com que o medo se aloje no psíquico das pacientes. Nos casos em que as reconstruções utilizam prótese de silicone, pode-se esperar o surgimento de infecção, hematoma, abscesso, seroma, contratura capsular e deformação após a expansão.<sup>(11)</sup>

A realização da cirurgia de reconstrução mamária torna-se importante para o restabelecimento psicológico e funcional das pacientes que passaram pela cirurgia de mastectomia. Diante disto, há diversos tipos de cirurgias que podem ser escolhidas a critério médico. As mais utilizadas nesse processo são: 1) Retalho Miocutâneo Transverso Abdominal (TRAM); 2) Retalho Miocutâneo Vertical Abdominal (VRAM); 3) Implante mamário 4) Expansor tecidual; 5) Retalho de Músculo Grande Dorsal (RMGD) associados ou não com implantes mamários ou expansores teciduais.<sup>(12)</sup>

Diante destes relatos, nota-se que apesar da remoção total da mama possa ocasionar experiências negativas, a aceitação da mutilação é clara, sendo a vaidade e estética não mais tão significativas, principalmente devido à idade elevada e os sentimentos de cura e sobrevivência serem priorizados. Para estas participantes, a saúde está em primeiro lugar e mostraram-se felizes com a escolha.

Em se tratando de hospital oncológico referência no Estado da Paraíba, o recorte temporal coincidiu com poucas cirurgias dessa especialidade, além do cancelamento de outras já agendadas por motivos de alterações no estado de saúde das pacientes, o que limitou o estudo ao quantitativo da amostra estudada.

Enquanto contribuição desse estudo para a prática é a obtenção da identificação dos fatores excludentes para a reconstrução mamária, para possíveis investidas coercitivas por parte da instituição pesquisada, além de outras que busquem estudo na área. Esse tipo de abordagem cirúrgica "reconstrução mamária" é um direito instituído por lei no País e que promove melhoria na qualidade de vida e bem estar dessas mulheres, pois contribuem para elevação de autoestima decorrente da mutilação.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se que houve falha de comunicação por parte dos profissionais em informar sobre os direitos garantidos

por leis a essas mulheres, mesmo que suas condições fossem impeditivas para a realização do procedimento.

### Contribuições

YDM: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) Aprovação da versão final

a ser publicada; AJCGA, CCC, DBLS: Contribuição: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada; BMPS, SMJS, GHOD: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Verenhitch BD, Medeiros JN, Elias S, Nazário ACP. Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. FEMINA. 2014;42(1):3-10.
3. Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM). Notícias SBM. Reconstrução mamária é um direito de toda mulher brasileira [Internet]. SBM; 2017 [Citado 2020 Mar 15]. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/noticias/reconstrucao-mamaria-e-um-direito/>.
4. Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 9.797, de 06 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Brasília, DF. [Citado em 15 mar 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/L9797.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L9797.htm). Acesso em 15 mar 2020.
5. Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que "dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer", para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Brasília, DF. [Citado em: 9 out 2019]. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm).
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2013. [Citado em 09 out 2019]. Disponível em: <https://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 9 out 2019
9. Brasil, Leis, Decretos. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Brasília, DF. [Citado em 29 mar 2019]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13770-19-dezembro-2018-787486-publicacaooriginal-157029-pl.html>. Acesso em 29 mar 2019.
10. Marta GN, Hanna SA, Martella E, Silva JL. Radioterapia e reconstrução mamária após cirurgia para tratamento do câncer de mama. Rev Assoc Med Bras. 2011;57(2):132-33.
11. Figueiredo PR, Peinado GB. Reconstrução mamária em câncer de mama e suas complicações no Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM/SP [Monografia]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2012.
12. Bochese LE, Gava TL, Lanzarin LD, Morellato G, Neves RE, Ely JB. Reconstrução de mama após mastectomia por câncer: Uma análise de quatro anos do serviço de cirurgia plástica e queimados do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Arq Catarin Med. 2012;41(1):108-9.

# SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE GESTANTES SOROPOSITIVAS E SORONEGATIVAS PARA O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

DEPRESSIVE SYMPTOMS BETWEEN SEROPOSITIVE AND SORONEGATIVE PREGNANT WOMEN FOR HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUSES

SINTOMAS DEPRESIVOS ENTRE MUJERES EMBARAZADAS SOROPOSITIVAS Y SORONEGATIVAS PARA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Elisangela dos Santos Marques<sup>1</sup>

Géssyca Cavalcante de Melo<sup>1</sup>

Thyara Maia Brandão<sup>1</sup>

Anderson da Silva Moreira<sup>1</sup>

Julya Thereza dos Santos Paixão<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-9627-3254>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6774-857X>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4630-6956>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1961-6262>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7562-7017>)

## Descritores

Gestação; HIV; Sintomas depressivos

## Descriptorios

Gestation; HIV; Depressive symptoms

## Descriptorios

Gestación; VIH; Sintomas depresivos

## Recebido

8 de Junho de 2020

## Aceito

12 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Anderson da Silva Moreira

E-mail: [moreiraanderson3214@outlook.com](mailto:moreiraanderson3214@outlook.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a intensidade de sintomas depressivos entre gestantes soropositivas e soronegativas para o Vírus da Imunodeficiência Humana.

**Métodos:** Estudo com abordagem quantitativa e corte transversal. A coleta de dados foi realizada no período de março a novembro de 2018 em dois ambulatórios de uma capital do nordeste que prestam atendimento pré-natal. Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck como instrumento de coleta de dados e o teste exato de Fisher para análise.

**Resultados:** Entre as 49 gestantes pesquisadas, 23 foram soronegativas e 26 soropositivas. A maioria das gestantes que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana apresentaram sintomas depressivos classificados como moderado a grave, enquanto que, entre as gestantes soronegativas, prevaleceu a intensidade leve ou a ausência dos sintomas em 69,2% (n=18). Essa comparação apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0,001).

**Conclusão:** A presença desses sintomas, em níveis elevados, pode levar a desfechos maternos e perinatais desfavoráveis, o que mostra a importância de uma ferramenta de triagem específica para a identificação de riscos.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the intensity of depressive symptoms among seropositive and seronegative pregnant women for the Human Immunodeficiency Virus.

**Methods:** Study with a quantitative approach and cross-section. Data collection was carried out from March to November 2018 in two outpatient clinics in a northeastern capital that provide prenatal care. The Beck Depression Inventory was used as a data collection instrument and Fisher's exact test for analysis.

**Results:** Among the 49 pregnant women surveyed, 23 were seronegative and 26 seropositive. Most of the pregnant women living with the Human Immunodeficiency Virus presented depressive symptoms classified as moderate to severe, while, among seronegative pregnant women, mild intensity or absence of symptoms prevailed in 69.2% (n = 18). This comparison showed a statistically significant difference (p = 0.001).

**Conclusion:** The presence of these symptoms, at high levels, can lead to unfavorable maternal and perinatal outcomes, which shows the importance of a specific screening tool for the identification of risks.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la intensidad de los síntomas depresivos entre las embarazadas seropositivas y seronegativas para el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**Metodos:** Estudio con enfoque cuantitativo y corte transversal. La recolección de datos se llevó a cabo de marzo a noviembre de 2018 en dos clínicas ambulatorias en una capital del noreste que brindan atención prenatal. El Inventario de Depresión de Beck se utilizó como instrumento de recolección de datos y la prueba exacta de Fisher para el análisis.

**Resultados:** Entre las 49 mujeres embarazadas encuestadas, 23 fueron seronegativas y 26 seropositivas. La mayoría de las mujeres embarazadas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana presentaron síntomas depresivos clasificados como moderados a severos, mientras que, entre las mujeres embarazadas seronegativas, la intensidad leve o la ausencia de síntomas prevalecieron en 69,2% (n = 18). Esta comparación mostró una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,001).

**Conclusión:** La presencia de estos síntomas, en niveles altos, puede conducir a resultados maternos y perinatales desfavorables, lo que demuestra la importancia de una herramienta de detección específica para la identificación de riesgos.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

## Como citar:

Marques ES, Melo GC, Brandão TM, Moreira AS, Paixão JT. Sintomas depressivos entre gestantes soropositivas e soronegativas para o vírus da imunodeficiência humana. *Enferm Foco*. 2021;12(1):67-72.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3985

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período complexo da vida da mulher, caracterizado por alterações fisiológicas, psíquicas, emocionais e sociais. Essas transformações podem intensificar expectativas devido ao momento vivenciado além de sentimentos de dúvida, medo e insegurança, o que pode tornar a gestante mais suscetível ao desenvolvimento ou exacerbação de transtornos mentais.<sup>(1,2)</sup>

Estima-se que cerca de 10 a 15% das mulheres vivenciam um episódio depressivo durante a gravidez.<sup>(3)</sup> A depressão é uma condição patológica marcada por aversão às atividades comumente realizadas, distúrbios do sono ou apetite e irritabilidade, repercutindo no comportamento, saúde e relacionamentos interpessoais do indivíduo.<sup>(4)</sup> Adicionalmente, os sintomas depressivos estão associados a desfechos materno-fetais adversos, com destaque para a pré-eclâmpsia e o parto prematuro.<sup>(1)</sup>

Por conseguinte, se essas mulheres já são acometidas pelas mudanças ditas fisiológicas e normais pré-existentes do ciclo gravídico, a literatura evidencia que uma gestação que envolve a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode perpassar por cenários ainda mais propícios ao desencadeamento de sintomas depressivos.<sup>(5)</sup>

No Brasil, o último boletim epidemiológico apontou que de 2000 até junho de 2019 foram notificadas 125.144 gestantes infectadas pelo HIV, sendo as regiões Sudeste (38,1%), Sul (30%) e Nordeste (17,7%) as que concentram maior percentual. A taxa de detecção encontra-se em curva de crescimento nos últimos anos e isso se dá, especialmente, pelo fato do pré-natal incluir a testagem para o HIV entre os exames solicitados, sendo fundamental acompanhar a mulher não apenas em seu aspecto biológico, mas, também, psicológico.<sup>(6)</sup>

Nesse sentido, a gestação no contexto do HIV é permeada por particularidades que englobam desde a conduta terapêutica, conflitos internos vivenciados e até estigmatização social. Em mulheres recém-diagnosticadas com o HIV, principalmente, ainda existe a associação da experiência da gravidez ao receio de transmitir o vírus à criança, sentimento de culpa, medo do preconceito e instabilidade emocional, o que pode tornar esse grupo vulnerável aos agravos à saúde mental.<sup>(7)</sup>

Alguns estudos reportaram que pessoas vivendo com HIV/Aids possuem prevalência elevada de depressão quando comparada à população geral, no entanto, as pesquisas com enfoque nas gestantes com HIV ainda são incipientes no Brasil.<sup>(8,9)</sup> Como a própria gestação já é considerada um fator de risco para o aparecimento desse transtorno,

é indispensável rastrear a sintomatologia depressiva tanto em gestantes soropositivas quanto em gestantes soronegativas, uma vez que estas enfrentam alterações importantes no período gestacional e que podem repercutir diretamente na vida das mesmas.<sup>(10)</sup>

Esta investigação torna-se relevante pois permite identificar os possíveis sintomas depressivos durante o período pré-natal, fornecendo subsídios para os profissionais de saúde atuarem no direcionamento do cuidado dessa população.

Dessa maneira, este estudo foi motivado pelo interesse em responder à seguinte questão norteadora: existe diferença entre a frequência e o nível de sintomas depressivos entre mulheres soropositivas e soronegativas para o HIV? Sendo assim, o objetivo foi analisar a intensidade de sintomas depressivos entre gestantes soropositivas e soronegativas para o HIV.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e corte transversal.

Foi realizada em dois locais de uma capital do nordeste que prestam atendimento pré-natal, a saber: Serviço de assistência especializada (SAE) em HIV/AIDS e Centro de Apoio às Comunidades (CAC).

A amostra foi não probabilística e por conveniência. Foram incluídas no estudo gestantes soropositivas e soronegativas para o HIV com idade superior a 18 anos em qualquer fase do pré-natal. Usuárias que não se encontram em condições físicas ou clínicas para verbalizar e responder o questionário foram excluídas.

A coleta de dados foi realizada durante o período de março a novembro de 2018. As participantes foram abordadas durante a espera pelo atendimento multiprofissional nos cenários da pesquisa. Após o aceite, as mesmas foram convidadas a uma sala reservada para esclarecimento acerca dos objetivos e metodologia do estudo e, posteriormente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Os dados foram obtidos a partir de questionário estruturado composto por questões fechadas referentes aos dados de caracterização (data de nascimento, bairro de moradia, estado civil, profissão e renda familiar) e às informações clínicas (quantidade de gestações, partos e abortos anteriores, quantidade de consultas, data da infecção pelo HIV, início do tratamento e adesão).

Os sintomas depressivos foram avaliados a partir do Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os itens desse instrumento incluem sintomas depressivos

afetivo-cognitivos (tristeza, pessimismo, senso de fracasso, insatisfação, culpa, expectativa de punição, auto desgosto, autoacusações, ideias suicidas, choro, interação social, indecisão e mudança na imagem corporal) e somáticos (irritabilidade, retardo para o trabalho, insônia, suscetibilidade à fadiga, anorexia, perda de peso, preocupação somática e interesse sexual). Cada resposta equivale a uma pontuação, já estabelecida no instrumento, e no final somam-se as pontuações referentes a cada item respondido. O resultado da soma corresponde à classificação (abaixo de 10 = sem depressão ou depressão leve; Entre 10 e 18 = depressão leve a moderada; entre 19 e 29 = depressão moderada a grave; entre 30 e 63 = depressão grave).

Os dados obtidos foram armazenados em planilha eletrônica construído com o software Microsoft Excel® 2016. A análise de dados foi realizada por meio do SPSS statistics versão 25 e utilizou-se de técnicas de estatística descritiva e analítica apresentada na forma de tabelas. O teste exato de Fisher foi utilizado para comparar o nível dos sintomas depressivos entre os dois grupos analisados, sendo adotado um intervalo de confiança de 95%.

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, foram considerados os aspectos éticos segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Ciência da Saúde (UNCISAL), sob parecer n.º 2447848.

## RESULTADOS

A população investigada neste estudo foi constituída por 49 gestantes divididas em dois grupos: gestantes soropositivas (n=23) e soronegativas (n=26) para o HIV, cuja idade variou de 18 a 49 anos. No que diz respeito às características sociodemográficas (Tabela 1), entre as gestantes soropositivas, 56,5% (n=13) estavam casadas, 65,2% (n=15) desempregadas, 82,6% (n=19) possuíam renda familiar menor ou igual a um salário-mínimo e 65,2% (n=15) residiam na capital, Maceió. Quanto às soronegativas, 57,7% (n=15) eram casadas, 50% (n=13) estavam desempregadas e 76,9% (n=20) tinham renda familiar menor ou igual a um salário-mínimo.

Em relação à análise dos sintomas depressivos entre as gestantes (Tabela 2), os dados mostram que 39,1% (n=9) das mulheres que vivem com HIV apresentaram sintomas depressivos classificados como moderado a grave, enquanto entre as gestantes soronegativas, prevaleceu a intensidade leve ou a ausência dos sintomas em 69,2% (n=18). Essa

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das gestantes soropositivas e soronegativas para o HIV

Variáveis	Gestantes com HIV n(%)	Gestantes sem HIV n(%)
Faixa Etária (Anos)		
18- 29	17(73,9)	21(80,8)
30-39	5(21,7)	5(19,2)
40-49	1(4,4)	0(0)
Estado Civil		
Solteira	9(39,1)	10(38,5)
Casada/União Estável	13(56,5)	15(57,7)
Divorciada	0(0)	1(3,9)
Outros	1(4,4)	0(0,00)
Situação Ocupacional		
Estudante	1(4,4)	2(7,7)
Empregada	7(30,4)	11(42,3)
Desempregada	15(65,2)	13(50)
Renda Familiar		
≤ 1 salário-mínimo	19(82,6)	20(76,9)
> 1 salário-mínimo	4(17,4)	6(23,1)
Área de residência		
Capital	15(65,2)	26(100)
Município	8(34,8)	0(0)

**Tabela 2.** Intensidade dos sintomas depressivos em gestantes soropositivas e soronegativas para o HIV

Intensidade dos sintomas	HIV + n(%)	HIV - n(%)	p-value
Sem depressão a leve	5(21,7)	18(69,2)	0,001*
Leve a moderado	5(21,7)	6(23,1)	
Moderado a grave	9(39,1)	2(7,7)	
Grave	4(17,4)	0	

\*Teste exato de Fisher.

comparação apresentou diferença estatisticamente significativa (p=0,001).

Na comparação entre as faixas etárias e os sintomas depressivos entre as gestantes (Tabela 3), ambos os grupos apresentaram elevada prevalência dos sintomas depressivos entre as mulheres jovens, com idade de 18 a 29 anos.

**Tabela 3.** Relação entre a faixa etária e os sintomas depressivos em gestantes soropositivas e soronegativas para o HIV

	Faixa etária	Sem a leve n(%)	Leve a moderado n(%)	Moderado a grave n(%)	Grave n(%)	Total n(%)
Gestantes com HIV	18 a 29	4(80)	4(80)	6(66,7)	3(75)	17(73,9)
	30 a 39	1(20)	1(20)	3(33,3)	0(0)	5(21,7)
	≥ 40	0(0)	0(0)	0(0)	1(25)	1(4,4)
	Total	5	5	9	4	23
Gestantes soronegativas	18 a 29	13(72,2)	0(0)	2(100)	0(0)	19(73,1)
	30 a 39	5(27,8)	0(0)	0(0)	0(0)	7(26,9)
	≥ 40	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	Total	8	0	2	0	26

Em relação à presença dos sintomas depressivos de acordo com o período gestacional (Tabela 4), 60,8% (n = 14) das gestantes soropositivas apresentaram os sintomas supracitados no segundo trimestre gestacional e 61,5% (n = 16) das gestantes soronegativas no terceiro trimestre.

**Tabela 4.** Relação entre os sintomas depressivos e o período gestacional

	Gestacional	Sem a leve n(%)	Leve a moderado n(%)	Moderado a grave n(%)	Grave n(%)	Total n(%)
Gestante com o HIV	1º	1(20)	2(40)	2(22,2)	0(0)	5(21,7)
	2º	4(80)	3(60)	4(44,4)	3(75)	14(60,9)
	3º	0(0)	0(0)	3(33,3)	1(25)	4(17,4)
	Total	5	5	9	4	23
Gestantes sem o HIV	1º	2(11,1)	0(0)	1(12,5)	0(0)	3(11,5)
	2º	6(33,3)	0(0)	1(12,5)	0(0)	7(26,9)
	3º	10(55,6)	0(0)	6(75)	0(0)	16(61,5)
	Total	18	0	8	0	26

## DISCUSSÃO

Existem vários aspectos relacionados ao surgimento de sintomas depressivos em gestantes, o que inclui o fator idade. Acerca da faixa etária e os sintomas depressivos em gestantes, foi observado uma prevalência da idade de 18-29 anos entre as gestantes com HIV e soronegativas, demonstrando semelhança com o estudo realizado em um município mineiro com 46 gestantes em que a idade média foi 28 anos<sup>(11)</sup> e com uma revisão integrativa que levantou dados em periódicos nacionais e internacionais, os quais mostram que as mulheres jovens possuem um risco aumentado para desenvolver depressão.<sup>(12)</sup>

Por outro lado, um estudo realizado na cidade de Porteirinha com 13 gestantes demonstrou que a maior parte tinha entre 31 a 38 anos.<sup>(13)</sup> Pode-se citar entre os fatores para adiar a maternidade a inserção da mulher no mercado de trabalho, maior nível de escolaridade e maiores rendimentos<sup>11</sup>. Assim, segundo os dados do estudo realizado no município Rio Grande, ter mais idade, maior escolaridade e residir com o companheiro foram fatores de proteção para depressão.<sup>(14)</sup>

No que se refere à renda, os resultados estão de acordo com outros estudos, demonstrando que a baixa renda e dificuldades financeiras são fatores impactantes para que ocorra a depressão durante a gestação. Essas mulheres que vivem em situação de desproteção social, desenvolvem, principalmente, atividades domésticas e sem nenhum vínculo empregatício, situação que pode se agravar quando o cônjuge ou outro membro familiar que contribui com a renda se encontra desempregado.<sup>(11-13)</sup>

Em relação ao estado civil, os achados na literatura vão ao encontro com os dados da presente pesquisa, que demonstram que a maioria das gestantes eram casadas, seguida por união estável e solteira. Assim, residir com o marido/companheiro pode ser considerados fontes de proteção que permitem estabilidade financeira, emocional e física.<sup>(11,14,15)</sup> Porém, quando o cônjuge e as pessoas do convívio familiar não oferecem apoio tanto social quanto emocional os riscos de desenvolver depressão são agravados.<sup>(16)</sup>

Partindo para a intensidade dos sintomas depressivos, pode-se observar que na intensidade “sem depressão a sintomas depressivos leves”, as gestantes soronegativas (69,2%) se sobressaíram em relação às soropositivas. Nenhuma gestante soronegativa alcançou a intensidade grave, enquanto que 17,4% das gestantes soropositivas alcançaram esse nível. Tal resultado entra em concordância com um estudo realizado nos Estados Unidos, que demonstrou que as mulheres perinatais e não perinatais infectadas pelo HIV apresentam maior probabilidade de sofrer de depressão pré-parto comparadas com as gestantes não infectadas pelo HIV. Essa população pode estar em riscos aumentados devido a associação à desregulação imunológica, apresentando função alterada persistente.<sup>(17)</sup>

A mulher com diagnóstico de HIV, por conviver com uma doença infecciosa crônica, lida com sentimentos de medo, vergonha, angústia, ansiedade e depressão. Associados a todos esses pensamentos, existe uma possibilidade da presença do preconceito, abandono, estigma, medo da morte e da transmissão vertical.<sup>(18)</sup> Alinhado a essas sensações, uma assistência baseada nos preceitos do modelo biomédico colabora para o desenvolvimento da depressão, pois a atenção está ligada somente com o HIV, sendo negligenciados os aspectos emocionais que envolvem essa mulher, o que pode influenciar de uma forma negativa a gestação.<sup>(19)</sup>

A concepção das mulheres que vivem com HIV vai além dos conhecimentos biomédicos e inclui a construção social sobre a doença, ao estigma relacionado com às crenças tradicionais, da enfermidade e do sofrimento humano. Sendo assim, o conhecimento sobre sua condição sorológica pode fazer com que elas tenham uma preocupação maior quanto à sua saúde e do seu filho, persistindo um sentimento negativo pelo fato do uso de antirretrovirais poderão acarretar efeitos adversos para a gestante e o feto. Tal situação faz com que o desejo de engravidar seja repleto de sentimentos que são prejudiciais para sua saúde física e mental.<sup>(20)</sup>

Por isso, para a assistência às gestantes que vivem com HIV, é preciso que os profissionais da saúde se utilizem de ferramentas de cuidado que vão além do diagnóstico e tratamento. Não basta saber a condição sorológica e ofertar medicamento, é crucial compreender essa mulher para obter uma resposta efetiva a ponto de poder proporcionar um cuidado integral.<sup>(21)</sup>

Neste estudo, observou-se ainda que 75% das gestantes soronegativas com intensidade grave dos sintomas estavam no segundo trimestre de período gestacional. Isso pode ser justificado pelo fato da proximidade do final da gestação e pelos fatores hormonais estarem cada vez mais intensos. Embora esses sintomas sejam relativamente comuns na gestação, deve-se em consideração os fatores associados para

agravar esses sintomas. Os profissionais envolvidos nesse processo devem estar atentos às manifestações de comportamento de mulheres que evidenciam reações emocionais exacerbadas e atuar para amenizar os sentimentos negativos. A presença desses sintomas, em níveis elevados, pode levar a desfechos maternos e perinatais desfavoráveis, o que mostra a importância de uma ferramenta de triagem específica para a identificação de gestantes em situação de risco.<sup>(1)</sup>

Os resultados demonstram a primordialidade do cuidado voltado à saúde mental, desde o princípio da gestação, e ofertam subsídios para criação de estratégias de apoio especializado à mulher com a utilização de um instrumento de rastreamento de sintomas depressivos na assistência pré-natal, como o BDI. Além da utilização de instrumentos, é importante uma escuta qualificada, atendimento integral e humanização no cuidado, o que possibilitará a identificação dos sintomas depressivos precocemente. Ademais, faz-se necessário realizar ações de busca ativa e educação em saúde na realidade em que a gestante está inserida.<sup>(13-16)</sup>

Destaca-se, como limitação da pesquisa, o fato de ser um estudo transversal, que permitiu somente realizar a investigação em um determinado momento definido, e impossibilitou a avaliação por um período prolongado.

A depressão quando ocorre durante a gestação acarreta consequências que repercutirão negativamente na saúde materna e fetal. Com vista a minimizar os riscos é necessário que o enfermeiro, profissional que acompanha a gestante desde o início da gravidez e puerpério, desenvolva um atendimento adequado e de qualidade, onde a mulher se sinta acolhida. As consultas de pré-natal proporcionam um espaço de comunicação e são promotoras de vínculo entre o profissional e a gestante. Assim, esse espaço é adequado para identificar precocemente as causas que podem interferir para uma gestação saudável, proporcionando um

local de trocas de experiências e sentimentos que possibilitem a identificação dos fatores que podem desencadear uma depressão e para que, dessa maneira, juntos, possam pensar em estratégias que visem minimizar esses aspectos.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram que as gestantes que vivem com HIV apresentaram maiores níveis de sintomas depressivos quando comparadas com as gestantes soronegativas para o HIV, pois as primeiras, em sua maioria, apresentaram sintomas moderados a graves, enquanto as que as últimas apresentaram sintomas depressivos ausentes ou leves. Portanto, uma avaliação clínica para encaminhar as gestantes com risco para depressão a um cuidado especializado é de fundamental necessidade, pois o cuidado pré-natal pode ser a única maneira de contato que uma mulher em idade reprodutiva tenha com os serviços de saúde, tornando-se determinante para intervenções voltadas à promoção da saúde da mulher e seu bem estar. A identificação de possíveis transtornos mentais na gestação pode também colaborar para uma melhor compreensão e prevenir complicações da dinâmica do binômio mãe-filho e contribuir com a qualidade na assistência às famílias, o que proporciona benefícios para todos, independentemente de serem portadoras de alguma doença agravante ou não.

## Contribuições

Elisângela dos Santos Marques, Géssyca Cavalcante de Melo: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Thyara Maia Brandão, Anderson da Silva Moreira, Julya Thereza dos Santos Paixão: análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Lima MO, Tsunehiro MA, Bonadio IC, Murata M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):39-46.
2. Aloise SR, Ferreira AF, Lima RF. Depressão pós-parto: identificação de sinais, sintomas e fatores associados em maternidade de referência em Manaus. *Enferm Foco.* 2019;10(3):41-5.
3. Kassada DS, Waidman MA, Míasso AI, Marcon SS. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(9):495-502.
4. Leão AM, Gomes IP, Ferreira MJ, Cavalcanti LP. Prevalência e fatores associados à depressão e ansiedade entre estudantes universitários da área da saúde de um grande centro urbano do nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Méd.* 2018;42(4):55-65.
5. Ngocho JS, Watt MH, Minja L, Knettel BA, Mmbaga BT, Williams PP, et al. Depression and anxiety among pregnant women living with HIV in Kilimanjaro region, Tanzania. *Plos One.* 2019;14(10):1-15.
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - HIV/Aids. Dezembro 2019. Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [citado em 29 Mai 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>.
7. Hernandez CP, Rocha RK, Hausmann A, Appelt JB, Marques CM. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas. *J Health Biol Sci.* 2019;7(1):32-40.
8. Feuillet P, Lert F, Tron L, Aubriere C, Spire B, Dray-Spira R. Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France. *Hiv Medicine.* 2016;18(6):383-94.

9. Rezaei S, Ahmadi S, Rahmati J, Hosseinifard H, Dehnad A, Aryankhesal A, et al. Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care* (Online). 2019;9(4):404-12.
10. Costa DO, Souza FI, Pedroso GC, Strufaldi MW. Transtornos mentais na gravidez e condições do recém-nascido: estudo longitudinal com gestantes assistidas na atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;23(3):691-700.
11. Castro GG, Ferreira FF, Camargos AS, Leite MA, Mattos JC. Diferenças da qualidade de vida entre mulheres com alto e habitual risco gestacional. *Aletheia*. 2019;51(1):102-15.
12. Silva MM, Lima GS, Monteiro JC, Clapis MJ. Depressão na gravidez: fatores de risco associados à sua ocorrência. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(1):1-12.
13. Dias EG, Anjos GB, Alves L, Pereira SN, Campos LM. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. *Revista Sustinere*. 2018;6(1):52-62.
14. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9):327-45.
15. Junqueira TL, Coelho AS, Sousa MC, Louro NS, Silva PS, Almeida NA. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde e o conhecimento de seus direitos no período gravídico-puerperal. *Enferm Foco*. 2019;10(4):67-72.
16. Arruda TA, Trindade EC, Pacheco ML, Mathias WC, Cavalcanti PC. O papel do enfermeiro no cuidado à mulher com depressão puerperal. *Braz J Health Rev*. 2019;2(2):1275-88.
17. Angrand RC, Sperling R, Roccobono K, Osborne LM, Jao J. Depression in perinatally HIV-infected pregnant women compared to non-perinatally HIV-infected and HIV-uninfected pregnant women. *AIDS Care*. 2018;30(9):1168-72.
18. Lima AC, Bezerra KC, Sousa DM, Rocha JF, Oriá MO. Construção e validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(2):181-9.
19. Silveira P, Tavares C, Marcondes F. Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016;(4):63-8.
20. Lôbo AL, Santos AA, Pinto LM, Rodrigues TC, Lima MG, Bastos LJ. Representações sociais de mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana e desejam engravidar. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):1-10.
21. Medeiros DS, Jorge MS. A invenção da vida na gestação: viver com HIV/aids e a produção do cuidado. *Sex Salud Soc*. 2018;(30):242-61.

# SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS MÃES NA HOSPITALIZAÇÃO NEONATAL

FEELINGS EXPERIENCED BY MOTHERS IN NEONATAL HOSPITALIZATION

SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS POR LAS MADRES EN LA HOSPITALIZACIÓN NEONATAL

Nathalya Pereira Exequiel<sup>1</sup>

Viviane Marten Milbrath<sup>1</sup>

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

Jéssica Cardoso Vaz<sup>1</sup>

Lavinia Lopes da Silva<sup>1</sup>

Milena Munsberg Klumb<sup>1</sup>

Simone Pont Zambonato Macluf<sup>2</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-4767-374X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5523-3803>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6075-8516>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2581-1091>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3382-2484>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3382-2484>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8034-0360>)

## Descritores

Enfermagem; Recém-nascido; Hospitalização; Unidades de terapia intensiva neonatal

## Descriptors

Nursing; Infant newborn; Hospitalization; Intensive care units neonatal

## Descriptores

Enfermería; Recién nacido; Hospitalización; Unidades de cuidado intensivo neonatal

## Recebido

12 de Junho de 2020

## Aceito

17 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Nathalya Pereira Exequiel

E-mail: [Pereiranathalya9@gmail.com](mailto:Pereiranathalya9@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer a vivência materna na internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**Métodos:** Pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada na Unidade Pediátrica de um hospital escola de um município no Sul do Brasil, no período de março a maio de 2019, com 10 mães de recém-nascidos. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e a análise foi temática.

**Resultados:** Observa-se que as mães apresentam diversos sentimentos negativos, como tristeza, angústia, dor, desespero, impotência, ocasionados pelo impacto da notícia e pela adaptação com as peculiaridades da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, mas com a melhora clínica dos filhos são despertados sentimentos positivos de alegria e esperança.

**Conclusão:** Percebe-se a importância de um olhar crítico dos profissionais de saúde para a temática, oportunizando que as mães e os familiares exponham suas experiências e elaborando estratégias de cuidado com vistas a minimizar os efeitos negativos decorrentes da hospitalização do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the maternal experience in the child's hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit.

**Methods:** Qualitative research of a descriptive and exploratory character, carried out in the Pediatric Unit of a teaching hospital in a municipality in southern Brazil, from March to May 2019, with 10 mothers of newborns. Information was collected through semi-structured interviews and the analysis was thematic.

**Results:** It is observed that the mothers have several negative feeling, such as sadness, anguish, pain, despair, impotence, caused by the impact of the news and the adaptation to the peculiarities of the Neonatal Intensive Care Unit, but with the clinical improvement of their childrens, positive feelings of joy and hope are aroused. **Conclusion:** It is perceived the importance of a critical view of health professionals on the theme, allowing mothers and family members to expose their experiences and devising care strategies in order to minimize the negative effects resulting from the hospitalization of the newborn in the Neonatal Intensive Care Unit.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la experiencia materna en la hospitalización del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

**Métodos:** Investigación cualitativa de carácter descriptivo y exploratorio, realizada en la Unidad de Pediatría de un hospital universitario en un municipio del sur de Brasil, de marzo a mayo de 2019, con 10 madres de recién nacidos. La información se recopiló a través de entrevistas semiestructuradas y el análisis fue temático.

**Resultados:** Se observa que las madres tienen varios sentimientos negativos, como tristeza, angustia, dolor, desesperación, impotencia, causados por el impacto de las noticias y la adaptación a las peculiaridades de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, pero con la mejoría clínica de sus hijos, se despiertan sentimientos positivos de alegría y esperanza.

**Conclusión:** Se percibe la importancia de una visión crítica de los profesionales de la salud sobre el tema, lo que permite a las madres y los miembros de la familia exponer sus experiencias e idear estrategias de atención para minimizar los efectos negativos resultantes de la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

## Como citar:

Exequiel NP, Milbrath VM, Gabatz RI, Vaz JC, Silva LL, Klumb MM, et al. Sentimentos vivenciados pelas mães na hospitalização neonatal. *Enferm Foco*. 2021;12(1):73-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4018

## INTRODUÇÃO

A partir da descoberta da gestação, a mulher vai construindo seu imaginário de ser mãe e durante essa adaptação passa por aflições consequentes do desconhecido. Embora receios e medos façam parte dessa estruturação, a mulher planeja o nascimento do filho no tempo estimado, sem intercorrências que possam ocasionar prejuízos à saúde do recém-nascido (RN).<sup>(1,2)</sup> Assim, nesse período, a mulher constrói em seus desejos uma imagem do filho saudável que juntar-se-á a ela logo após o nascimento e permanecerá até a alta hospitalar.<sup>(3)</sup>

No entanto, em alguns casos ocorrem alterações que levam a um parto prematuro e/ou o desenvolvimento de anomalias no feto, nascendo uma criança que necessita de cuidados em unidade de terapia intensiva.<sup>(1,2)</sup> A imagem do filho perfeito é desfeita quando nasce um bebê prematuro e/ou portador de anomalias congênitas<sup>4</sup>. Dessa forma, ao deparar-se com tal situação, a mulher/mãe apresenta sentimentos negativos decorrentes do medo do desconhecido, da perda do filho imaginado e da possibilidade da perda do filho real.<sup>(1,2)</sup>

Durante a internação do filho na UTIN, a mãe experientia sentimentos negativos decorrentes dos anseios ocasionados pela hospitalização em um ambiente reconhecido pela vulnerabilidade dos pacientes e seu risco de morte.<sup>(3-5)</sup> Tais sentimentos são inevitáveis e fazem parte do processo de adaptação ao novo espaço. Então, a mãe do RN internado precisa familiarizar-se com esta unidade e compreender a necessidade do filho em receber tais cuidados para o restabelecimento de sua saúde e a alta hospitalar.<sup>(6)</sup>

A internação do RN em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ocorre simultaneamente ao luto da mãe pela perda do bebê imaginado e a adaptação da mesma ao filho real, que necessita de cuidados especiais. O distanciamento causado pela internação dificulta a formação do vínculo entre mãe e filho e afeta a identidade materna, havendo a necessidade de intervenções por parte da equipe de enfermagem a fim de minimizar os danos causados por toda essa complexa situação e pela hospitalização da criança logo após o nascimento.<sup>(6,7)</sup>

Considerando esses pressupostos, elaborou-se a questão de pesquisa: Qual a vivência das mães frente à internação do filho na Unidade de terapia intensiva neonatal? Com isso, objetivou-se conhecer a vivência materna frente à internação do filho na Unidade de terapia intensiva neonatal.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada em março de 2019, em uma unidade pediátrica de um Hospital Escola situado ao sul do Brasil.

Participaram do estudo 10 mães de RN que atenderam aos critérios de inclusão: ser mãe de RN que foi internado na UTIN logo após o nascimento e permaneceu por, pelo menos, três dias na unidade, já possuíram alta da UTIN e estava internado na clínica pediátrica do mesmo hospital. Excluíram-se as mães que não acompanharam a internação do RN na UTIN, bem como aquelas que eram menores de 18 anos de idade.

O número de participantes foi delimitado pela saturação das informações, quando a coleta de novos elementos e a codificação das informações não mais fornecem dados para aprofundar a teorização.<sup>(8)</sup>

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com questões norteadoras (caracterização dos participantes e perguntas sobre os sentimentos durante a internação do seu filho na UTIN). As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, em local privativo nas dependências do hospital, tendo duração média de 30 minutos.

Para a interpretação das informações coletadas, utilizou-se a análise temática que constitui-se em um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas), dentro dos dados, organizar e descrever todo o conjunto de dados em detalhes, além de interpretar aspectos do tema de pesquisa. Para tanto, seguiu-se seis fases: familiarização com os dados por meio da transcrição, leitura e releitura; geração dos códigos iniciais; agrupamento dos temas, gerando nomes e definições com base nos dados mais relevantes de acordo com a questão norteadora; verificação dos temas conforme os extratos codificados; atribuição dos nomes dos temas; síntese dos resultados.<sup>(9)</sup>

Respeitou-se os preceitos da Resolução nº 466/12,<sup>(10)</sup> coletando-se os dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 3.219.839. 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 das entrevistadas foi mantido, utilizando a consoante "M" (Mãe) seguida por um numeral sequencial (M1, M2, M3...) para nominá-las.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 10 mães de recém-nascidos, que foram internados na UTIN logo após o nascimento. As idades das participantes variaram de 18 a 37 anos, seis eram procedentes do município do estudo e quatro moram em cidades vizinhas. Quanto ao estado civil duas eram casadas, sete viviam em união estável e uma era viúva. Em relação ao grau de escolaridade das participantes, três possuíam ensino fundamental incompleto, uma o ensino médio

incompleto, quatro ensino médio completo e duas ensino superior completo.

Relacionado à renda mensal das famílias, duas mães declararam não ter renda nenhuma, vivendo da ajuda de parentes e de doações; quatro declararam ter renda de R\$ 1.000,00; duas de R\$ 2.000,00; uma de R\$ 3.500,00 e uma de R\$ 5.000,00.

Das 10 mães entrevistadas, cinco tinham apenas um filho, duas tinham dois filhos, duas tinham três filhos e uma tinha cinco filhos. Apenas uma das participantes vivenciou anteriormente a internação de filhos recém-nascidos na UTIN, sendo mãe de gêmeos e ambos passaram por internação na UTIN. Quanto aos motivos das internações dos recém-nascidos na UTIN: cinco foram por prematuridade, dois por sepse, um por disfunção respiratória, um por síndrome da aspiração de mecônio e um por trombose intestinal. O tempo de permanência das crianças na UTIN variou entre sete e 75 dias.

A análise dos depoimentos das participantes possibilitou a elaboração de uma categoria temática: Conhecendo a vivência das mães frente à internação do filho em uma UTIN.

### **Conhecendo a vivência das mães frente à internação do filho em uma unidade de terapia intensiva neonatal**

Ao dialogar com as participantes sobre a vivência da internação do filho RN na UTIN, pode-se perceber que esta foi considerada como um momento delicado e inesperado que gerou nas mães uma série de sentimentos.

*Foi bem difícil [...] foi muito triste mesmo o jeitinho que eu vi ele (M5).*

*Foi um choque, eu loquiei dentro desse hospital [...] eu passava só chorando (M8).*

Durante as entrevistas, observa-se que a internação do filho na UTIN remete a mãe a sentimentos negativos decorrentes do desconhecido. Quando o filho nasce e a mulher depara-se com um contexto diferente daquele que havia planejado, ela passa a conviver com o inesperado.

*Eu ganhei ele e mandaram ele para a UTI. [...] eu não cheguei a conhecer ele, eu fui conhecer ele quando eu dei alta (M2).*

*Foi complicado em saber que, eu saí do quarto, estava louca para ver ela e de repente me disseram que ela tinha ido lá para a UTI (M3).*

*Eu não fazia ideia que ele ia passar por ali, eu nunca imaginei que o meu filho ia passar pela UTI (M5).*

*Quando nasce a gente quer que esteja tudo bem, aí dá umas intercorrências, como ele mesmo, que precisou ser entubado para respirar (M6).*

*A gente planeja uma coisa, mas foi tudo diferente. Eu pretendia ter saído com ela já quando nasceu, mas mudou tudo (M10).*

Não obstante, existem casos em que a probabilidade de cuidados intensivos ao recém-nascido é prevista ainda durante a gestação, em razão de alterações observadas no pré-natal. Dessa forma, o impacto da notícia é minimizado. No entanto, a internação do filho na UTIN gera um imenso sofrimento à mãe e seus familiares.

*A minha médica já tinha dito que ia ser prematuro, mas a gente nunca acha que vai ser (M1).*

*A minha gravidez era de risco, então era mais ou menos o previsto (M4).*

*Eu já estava fazendo tratamento para segurar a um bom tempo, aí eu já sabia que se eles nascessem antes eles iam ficar na UTI. [...] a gente tem fé que vá para o quarto e já ir junto para casa, né (M6).*

Ainda assim, quando a hospitalização do filho em uma unidade de terapia intensiva se torna uma realidade, vivenciar sentimentos negativos torna-se inevitável. O relato das mães demonstra o quanto é aterrorizante e desconhecido:

*A gente fica com medo do que pode acontecer (M6).*

*Um pânico, um desespero em saber dos cuidados maiores que ele iria precisar (M7).*

Além do medo, as mães expressam o sentimento de impotência, culpa, sentimento de perda em relação a identidade materna, que é rompida quando a mãe passa a assistir em vez de realizar os cuidados do filho.

*Primeiro a tristeza de saber que o teu filho está ali, e tu não poder segurar, não poder fazer nada. Mas [...] são, tristeza, angústia, de não poder estar com ele, sofrimento, tudo junto (M1).*

*O começo foi de tristeza, e toda vez que eu vinha ver ela eu chorava. Como eu tinha que ir depois embora, eu saía daqui com uma metade do meu coração aqui (M3).*

*Eu me senti impotente, porque ser mãe e não poder pegar, não poder alimentar, não poder nada (M8).*

*Um sentimento desagradável [...] é uma "sofrência". A dor, uma impotência, a gente se sente até mesmo oprimido por não poder, por não ter o que fazer. É*

*complicado [...] é estranho, a gente não poder pegar no colo, não poder ter o contato, só o contato de botar a mãe para sentir (M9).*

Outro ponto mencionado foi o fato das mães necessitarem confiar na equipe de saúde para cuidar do seu filho, mostrando a importância da construção do vínculo entre a equipe de saúde e a mãe do bebê internado:

*Horrível. Acho que foi a pior sensação que eu já senti, um pouco de incapacidade e um pouco de culpa, apesar de não ter, uma coisa de impotência, de ver a criança ali e não ser mais nada contigo, ter que confiar na capacidade de outras pessoas para resolver a situação (M10).*

O medo e a ansiedade são desencadeados nas mães devido à incompreensão sobre a finalidade de uma UTIN e seus dispositivos tecnológicos. Acompanhar o filho dependendo desses dispositivos para manter-se vivo, é considerado pelas participantes como uma situação assustadora e inesperada:

*Eu pensei que ele ia fazer só um medicamento, mas não que ia ser entubado [...] porque tu sabe que quando vai para o tubo é bem grave (M4).*

*Quando eu vi ele, ele estava com o acesso e uma coisinha na boquinha, mas como eu não entendia de nada disso eu me assustei (M5).*

Com relação à alta hospitalar da puérpera durante a estadia do filho na UTIN surge no relato de uma mãe a expressão de imensa tristeza sobre tal experiência. A necessidade de o filho receber cuidados intensivos é um obstáculo para a mãe que sonhou em levar o recém-nascido para casa logo após o nascimento, atrelado ao sentimento de culpa vivenciado pela mãe por necessitar afastar-se do ambiente hospitalar e dar seguimento as suas atividades cotidianas, sem levar o filho consigo.

*Foi difícil quando veio a minha alta e a dele não[...] isso foi uma das partes mais difíceis (M5).*

Dentre os depoimentos estão relatos a respeito da compreensão das mães sobre a importância dos cuidados intensivos para a reconstrução da vitalidade do recém-nascido, e assim surgem a angústia e o temor alimentados pelo medo da perda, estes mesclam-se com a alegria de saber que o filho está vivo e recebendo o suporte necessário em busca de sua total recuperação e alta hospitalar.

*A gente se apavora no início, mas depois a gente vê que foi super bem tratado, toda a estrutura, que era o que ele estava precisando mesmo [...] ao mesmo tempo tem a felicidade de saber que está vivo, que está bem cuidado (M1).*

*Foi difícil no começo, mas depois eu entendi que era para o bem dela, que ela tinha que ficar lá (M3).*

*Foi bom porque eu sabia que eles estavam no meio do recurso, como se diz (M6).*

*Eu fiquei desesperada, mas fiquei tranquila porque era o que ele precisava no momento [...] o sentimento é de fé e da tranquilidade que eu fiquei (M7).*

*Eu me acalmei quando eu vi que não tinha risco de vida (M8).*

## DISCUSSÃO

A notícia de que o filho recém-nascido necessitará ser hospitalizado em uma Unidade de Terapia Intensiva traz às mães sentimentos negativos despertados pelo medo da perda, receio quanto ao ambiente hospitalar intensivo que é temido e desconhecido e pelo distanciamento entre a mãe e o filho, logo após o nascimento.<sup>(11)</sup> Em estudo realizado com o uso do método canguru, os pais referiram sua tristeza de ver os filhos na UTIN, relataram medo de pegá-los, ao mesmo tempo em que tinham vontade de 'arrancá-los' e de leva-los para casa.<sup>(12)</sup>

Observa-se o desconforto das mães frente à situação atípica que lhes foi imposta. Ao perceber que o filho real é diferente do filho que foi sonhado, a mãe sofre o luto pelo filho idealizado e passa pelo processo de adaptação ao filho real, que necessita ser internado em uma UTIN. A chegada do filho real que carece de cuidados intensivos reflete em sentimentos negativos para a mãe, devido ao luto sofrido pela perda do filho saudável que havia planejado e pela frustração de deparar-se com um bebê real, que necessita cuidados intensivos. Neste processo, inclui-se a adaptação da mãe ao filho que recebe cuidados e desenvolve-se longe do seio familiar, diferentemente do que foi sonhado.<sup>(13)</sup>

O impacto causado pela notícia de que o filho necessita ser internado na UTIN gera nas mães sentimentos arrebatadores. Em algumas situações, as mães descobrem, ainda durante a gestação, a possibilidade do filho necessitar de cuidados intensivos devido a alterações apresentadas no pré-natal. Apesar disso, as mães são motivadas pela esperança e aguardam pelo filho saudável até o momento do parto. No entanto, ao deparar-se com o filho que necessita de cuidados intensivos, os pais são envolvidos por sentimentos como medo, dor e angústia motivados pela

situação indesejada.<sup>(14)</sup> Dessa forma, entende-se que apesar da compreensão das mães quanto à possibilidade de internação do filho na UTIN, elas alimentam sentimentos de fé e esperança, acreditando ser possível evitar o indesejado e atravessar o período gestacional sem intercorrências.

Com relação à equipe de saúde destaca-se a importância da construção do vínculo com os pais a fim de facilitar a aproximação entre pais e filho e evitar traumas irreversíveis decorrentes da hospitalização do RN. Estudos apontam que quando a equipe de saúde atua como principal cuidador da criança, em decorrência do seu quadro clínico, a mãe sente-se impotente, tendo sua identidade prejudicada, pois não pode prestar os cuidados ao filho.<sup>(7,15)</sup>

A fragilidade do filho ocasiona insegurança nas mães, que reconhecem o período da hospitalização na UTIN como uma ameaça à vida do filho. Nessa circunstância as mães apresentam sentimento de impotência, uma vez que não conseguem suprir as necessidades do recém-nascido sozinhas, sendo necessária a intervenção de profissionais especializados para estabilizar a saúde do filho.<sup>(16)</sup> A mãe planeja estar junto ao filho e realizar os cuidados necessários a este logo após o nascimento. No entanto, com o nascimento prematuro e a necessidade do neonato em ser hospitalizado em unidade de terapia intensiva, ocorre o distanciamento entre mãe e bebê. Dessa forma, acontece o rompimento da construção do vínculo intenso, que é constituído durante a gestação e intensificado logo após o parto. Assim, a mãe pode encontrar dificuldades em adaptar-se, acolher e aceitar psiquicamente o bebê real, por conta do afastamento.<sup>(6,15)</sup>

De acordo com o estudo<sup>(2)</sup> que avaliou os pais (pai e mãe) de recém-nascidos hospitalizados em unidade de terapia intensiva, foi observado que eles sofrem diante do processo de adaptação às rotinas desta unidade, que inicialmente é desconhecida e simboliza uma ameaça à vida da criança. Os dispositivos utilizados para a recuperação da saúde da criança são considerados, pelos pais, causadores de dor e sofrimento físico ao filho. Nessa perspectiva, tal contexto é considerado fator estressor que motiva o medo dos pais, que receiam pela vida do filho.<sup>(2)</sup>

As mães deixam transparecer nos seus relatos a angústia que causam os dispositivos tecnológicos da unidade de terapia intensiva, que são responsáveis pela manutenção da vida do filho. Embora sejam necessários, a tecnologia agride visualmente a mãe que não espera ver o filho dependente dela para sobreviver. Para a família, e principalmente para a mãe da criança, a internação na UTIN é tratada como um acontecimento trágico, causador de insegurança em relação à vida do recém-nascido. O impacto emocional

é causado pela hospitalização inesperada do filho na UTIN, uma vez que a família sonhava em manter-se próxima e prestar os cuidados à criança logo após o nascimento.<sup>(15)</sup>

A alta hospitalar da mãe, nesses casos, causa uma ambivalência de sentimentos, resultante do alívio em voltar para a sua família e sua rotina diária e da tristeza e culpa por sentir como se estivesse abandonando o filho, que necessita seguir hospitalizado.<sup>(17)</sup> O distanciamento entre mãe e filho dificulta a formação do vínculo e apego, no entanto, a mãe sente-se responsabilizada em estar perto do filho mais vulnerável, mesmo que já esteja liberada para tomar posse de suas atividades domiciliares.<sup>(18)</sup> Nos resultados deste estudo é evidente o sentimento de tristeza atrelado ao sentimento de culpa vivenciado pela mãe, por necessitar afastar-se do ambiente hospitalar sem levar o filho consigo.

Contudo, vivenciar uma situação indesejada gera uma série de sentimentos negativos em decorrência de ideias envolvidas neste acontecimento. A UTIN é vista como um ambiente que recebe pacientes em estado grave com poucas chances de sobrevivência. No entanto, quando a mãe percebe a evolução clínica do RN, ela passa a reconhecer a unidade como um espaço provido de dispositivos capazes de recobrar a saúde da criança, agregando sentimentos positivos a esta experiência.<sup>(16)</sup>

É perceptível a tristeza e o medo das mães diante da saúde vulnerável do filho. Todavia, ao passo que as mães compreendem a importância dos cuidados intensivos para a reconstrução da vitalidade do RN, a angústia e o temor alimentados pelo medo da perda mesclam-se com a alegria de saber que o filho está vivo e recebendo o suporte necessário em busca de sua total recuperação para a alta hospitalar. Ao perceber que o filho está recuperando-se, são despertados nas mães sentimentos positivos como alegria e esperança, e a partir disto, inicia-se a reconstrução do vínculo mãe/bebê, que fortalece-se ao passo que a alta hospitalar da criança aproxima-se.<sup>(19)</sup>

Como limitações do estudo destaca-se o fato de ser uma pesquisa apenas com mães, acredita-se que investigar os sentimentos dos pais e dos profissionais de saúde, que assistem ao RN na UTIN, possa ampliar a compreensão acerca da questão.

Conhecer a vivência materna frente à internação do filho na UTIN contribui para que os profissionais de saúde possam lançar um olhar crítico sobre a temática, oportunizando que as mães e os familiares exponham suas experiências e elaborando estratégias de cuidado com vistas a minimizar os efeitos negativos decorrentes da hospitalização do RN na UTIN.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados foi possível conhecer a vivência materna na internação do filho na UTIN. Essa vivência é marcada por diversos sentimentos negativos, tais como tristeza, angústia, dor, desespero, impotência, que decorrem da associação que as mães fazem ao ambiente isolado desta unidade e seus dispositivos tecnológicos, com a possibilidade de morte do filho e sofrimento físico vivido por ele durante esse período. Nessa perspectiva, a mãe vivencia o sofrimento, sentindo impotência e culpa, por ser incapaz de impedir que o filho corra risco de perder a vida. À medida que a mãe adapta-se ao ambiente da UTIN, identifica a necessidade do filho em receber esse suporte para sua melhora clínica, então, o sofrimento vivido se mistura com sentimentos positivos, como a alegria de ter seu filho vivo e a esperança de levá-lo para casa o mais rápido possível.

## Contribuições

Nathalya Pereira Exequiel: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Viviane Marten Milbrath: a) concepção e/ou desenho do estudo; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Jéssica Cardoso Vaz: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Lavínia Lopes da Silva: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Milena Munsberg Klumb: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. Simone Pont Zambonato Macluf: d) aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Marchetti D, Moreira MC. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Rev Psicol Saúde*. 2015;7(1):82-9. A
2. Almeida CR, Morais AC, Lima, KD, Silva AC. Dayli routine of accompanying mothers in the neonatal intensive care unit. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(7):1949-56.
3. Milbrath VM, Motta MG, Gabatz RI, Freitag VL. O nascimento de um filho com paralisia cerebral: um tempo presente inesperado. *Rev Interd Cult Soc*. 2017;3(número especial):47-60.
4. Magalhães SS, Queiroz MV, Brasil EG. Maternal feelings lived, favouring of bond with babies and approach with care. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(2):227-34.
5. Lima EC, Cerqueira EA, Santos SC, Santos LM. Enfrentamento dos familiares durante o trabalho de parto prematuro. *Anais Seminário de Iniciação Científica*. 2017;21:1-4.
6. Andrade FM. O luto do filho idealizado: pais da criança com síndrome de down [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Psicologia, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida [Internet]; 2015. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4467/1/18716.pdf>
7. Lelis BD, Sousa MI, Mello DF, Wernet M, Velozo AB, Leite AM. Maternal reception in the contexto of prematurity. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018; 12(6): 1563-9.
8. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qual Health Res*. 2017;27(4):591-608.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No. 466 de 12 de dezembro de 2010. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado 2020 Jun 11]. Disponível em: [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. Luz RT, Trindade TB, Lima DS, Climaco LC, Ferraz IS, Teixeira SC, et al. The importance of the presence of parentes during neonatal hospitalization. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019;13:e239790.
12. Maia JA, Oliveira MP, Furtado SS, Silva LM, Pereira ML. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. *Enferm Foco*. 2011;2(4):231-4.
13. Franco V. Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2015;18(2):204-20.
14. Rocha LL, Dittz ES, Duarte ED, Costa PR. The experience of the hospitalized woman with the newborn in neonatal intensive therapy unit. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e2589.
15. Lima LG, Smeha LN. The experience of maternity to the baby hospitalization in the ICU: a roller coaster of emotions. *Psicol Estud*. 2019;24:e38179.
16. Melo RA, Araújo AK, Bezerra CS, Santos NM, Marques WF, Fernandes FE. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Id On Line Rev Psic*. 2016;10(32):88-103.
17. Zanfolin LC, Cerchiarri EA, Ganassin FM. Dificuldades Vivenciadas pelas Mães na Hospitalização de seus Bebês em Unidades Neonatais. *Psicol Ciênc Prof*. 2018;38(1):22-35.
18. Rosa RR, Gil ME. Suporte psicológico aos pais na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: encontros possíveis e necessários. *Rev SBPH*. 2017;20(2):123-35.
19. Lima VF, Mazza VA, Mór LM, Pinto MNG. Experiences of family of premature children in a neonatal intensive therapy unit. *Rev Min Enferm*. 2017;21:e1026.

# ENFERMEIRO DE LIGAÇÃO DE UMA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL: DADOS DE CONTRARREFERÊNCIAS

LIAISON NURSE AT A USUAL RISK MATERNITY HOSPITAL: COUNTER-REFERENCE DATA

ENFERMERA DE ENLACE EM UM HOSPITAL DE MATERNIDAD DE RIESGO HABITUAL: DATOS DE REFERENCIA

Otilia Beatriz Maciel da Silva<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-1541-5618>)Elizabeth Bernardino<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-1321-8562>)Olívia Luciana dos Santos Silva<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5927-0238>)Camila Rorato<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-8111-4621>)Denise Jorge Munhoz da Rocha<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-2385-2391>)Letícia Siniski de Lima<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5992-9912>)**Descritores**

Saúde materno-infantil; Gestão em saúde; Alta hospitalar; Continuidade da assistência ao paciente

**Descriptors**

Maternal and child health; Health management; Patient discharge; Continuity of patient care

**Descriptores**

Salud materno-infantil; Gestión en salud; Alta del paciente; Continuidad de la atención al paciente

**Recebido**

15 de Junho de 2020

**Aceito**

11 de Fevereiro de 2021

**Conflitos de interesse**

nada a declarar.

**Autor correspondente**Olívia Luciana dos Santos Silva  
E-mail: olivialucianas@gmail.com**RESUMO****Objetivo:** Identificar o perfil das contrarreferências realizadas pela Enfermeira de Ligação de uma maternidade de risco habitual.**Métodos:** Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal com coleta retrospectiva dos dados, realizada por levantamento documental (dados de planilhas) da Unidade de Gestão de Altas de uma maternidade pública do Paraná.**Resultados:** Das 988 contrarreferências realizadas, 294 estavam relacionados à recém-nascidos e 694 às mulheres. Destaca-se contrarreferências relacionadas à gestação na adolescência; multiparidade; infecções sexualmente transmissíveis (IST); síndrome hipertensiva da gestação; sangramento pós-parto; tratamento por infecção. E para os recém-nascidos: tratamento por infecção; prematuridade; contato com IST e malformações.**Conclusão:** As contrarreferências da maternidade de risco habitual, realizadas pela enfermeira de ligação, para os outros pontos da rede assistencial contribuem para a continuidade do cuidado. Este profissional, ao enxergar o usuário além de sua linha de cuidado, dentro da Rede de Atenção à Saúde, proporciona saúde, educação e serviços necessários a continuidade do cuidado para a puérpera ou do recém-nato.**ABSTRACT****Objective:** To identify the profile of the counter-referrals performed by the Liaison Nurse at a usual risk maternity hospital.**Methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional research with retrospective data collection, carried out by documentary survey (spreadsheet data) of the Hospital Management Unit of a public maternity hospital in Paraná.**Results:** Of the 988 counter-references made, 294 were related to newborns and 694 to women. Counter-references related to adolescent pregnancy stand out; multiparity; sexually transmitted infections (STIs); hypertensive pregnancy syndrome; postpartum bleeding; infection treatment. And for newborns: treatment for infection; prematurity; contact with STIs and malformations.**Conclusion:** The counterreferences of the usual risk maternity, carried out by the liaison nurse, to the other points of the assistance network contribute to the continuity of care. This professional, when seeing the user beyond his line of care, within the Health Care Network, provides health, education and services necessary for the continuity of care for the puerperal woman or the newborn.**RESUMEN****Objetivo:** Identificar el perfil de las contrarreferencias realizadas por la enfermera de enlace en un hospital de maternidad de riesgo habitual.**Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, transversal con recolección de datos retrospectiva, realizada mediante encuesta documental (hoja de cálculo) de la Unidad de Gestión Hospitalaria de una maternidad pública en Paraná.**Resultados:** De las 988 contrarreferencias hechas, 294 estaban relacionadas con recién nacidos y 694 con mujeres. Se destacan las contrarreferencias relacionadas con el embarazo adolescente; multiparidad; infecciones de transmisión sexual (ITS); síndrome de embarazo hipertensivo; sangrado posparto; tratamiento de infecciones. Y para los recién nacidos: tratamiento para la infección; precocidad; contacto con ITS y malformaciones.**Conclusión:** Las contrarreferencias de la maternidad de riesgo habitual, realizada por la enfermera de enlace, a los otros puntos de la red de asistencia contribuyen a la continuidad de la atención. Este profesional, cuando ve al usuario más allá de su línea de atención, dentro de la Red de Atención Médica, brinda la salud, la educación y los servicios necesarios para la continuidad de la atención para la mujer puerperal o el recién nacido.<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.**Como citar:**Silva OB, Bernardino E, Silva OL, Rorato C, Rocha DJ, Lima LS. Enfermeiro de ligação de uma maternidade de risco habitual: dados de contrarreferências. *Enferm Foco*. 2021;12(1):79-85.**DOI:** 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4048

## INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com este princípio, o sujeito deve ser percebido de forma integral (não fragmentada) e necessita de incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras.<sup>(1)</sup>

Inúmeras são as estratégias que buscam o cumprimento deste princípio, dentre elas destaca-se a utilização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que tem o objetivo de superar a fragmentação no atendimento prestado, proporcionando acesso aos recursos tecnológicos que o usuário necessita, de forma individual e coletiva.<sup>(2,3)</sup>

O funcionamento adequado da RAS, necessita de comunicação efetiva, desenvolvido pelo sistema de referência e contrarreferência. Este sistema é o conjunto de atividades administrativas e assistenciais que definem a referência do usuário de um estabelecimento de saúde de menor densidade tecnológica para outro de maior capacidade de resolução e a contrarreferência desse usuário ao seu estabelecimento de origem, a fim de garantir a continuidade dos cuidados.<sup>(4)</sup>

A estratégia contrarreferência objetiva a continuidade de cuidado, possibilitando ao usuário ser auxiliado na adaptação à sua nova conformação pós-alta. Destaca-se o papel do enfermeiro, pois é o profissional que tem a capacidade de realizar a coordenação para a alta e promover a integração de membros da equipe assistencial.<sup>(5)</sup>

Como coordenador de alta, evidencia-se o enfermeiro de ligação. Surgiu no Canadá nos anos 60 e está estabelecido em países como Portugal e Espanha. Possui o objetivo de reduzir o tempo de internamento, estabelecer comunicação com o usuário, identificar suas necessidades, assegurar a continuidade dos cuidados após alta hospitalar e diminuir a desarticulação entres os pontos da rede integrando-os.<sup>(5-7)</sup>

Com o objetivo de implementar esta estratégia na realidade brasileira, a professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Elizabeth Bernardino, pesquisadora da linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem foi convidada a assumir a Divisão de Gestão do Cuidado do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR), esta oportunidade possibilitou a implementação de mais de 10 anos de pesquisa e entre outras inovações, foi constituído o Serviço de Gestão de Altas, em parceria com a Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. Em fevereiro de 2018, este serviço foi ampliado para a Maternidade Victor Ferreira do Amaral (MVFA), unidade que compõe o CHC-UFPR.

Este serviço visa colaborar com a integralidade e continuidade do cuidado, evitar que os indivíduos se percam na

malha assistencial, melhorar a comunicação entre os pontos de rede, otimizando os recursos de saúde. Em fevereiro de 2018, estendeu prática semelhante a MVFA, unidade que compõe o CHC-UFPR, instituindo assim a função de Enfermeiro de Ligação.

Para a linha de cuidado obstétrica na MVFA, classificada como maternidade de risco gestacional habitual, os critérios de inclusão para realizar a contrarreferência foram estabelecidos junto a equipe assistencial foram divididos em critérios para recém-nascidos e/ou para as mulheres. Destacam-se nesta vivência a definição de critérios para a contrarreferência e a atuação do enfermeiro de ligação em locais de baixa complexidade, visando uma sociedade saudável, produtiva, onde os casos são adequadamente conduzidos e otimizam os recursos do sistema de saúde e evitam a sobrecarga na vida dos familiares.

O objetivo deste estudo é identificar o perfil das contrarreferências realizadas pela Enfermeira de Ligação de uma maternidade de risco habitual da capital paranaense.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, transversal com coleta retrospectiva dos dados, realizada por levantamento documental (dados de planilhas). Pesquisa desenvolvida na Unidade de Gestão de Altas de uma maternidade pública do Paraná. A amostra foi determinada pelas informações contidas em planilhas: número de registro do paciente; idade; gênero; data da internação; data de início do processo de gestão de alta; data da alta; data da contrarreferência; meio de captação do caso clínico; diagnóstico de internamento; critério de contrarreferência; necessidade de cuidado; Unidade e Distrito de Saúde de referência do paciente; bairro e cidade de domicílio. Como critério de inclusão foi adotado a planilha conter dados completos em todas as colunas. Como critério de exclusão, adotou-se o fato de não estar preenchido alguma coluna ou item na planilha. A coleta de dados foi realizada no mês de maio 2020, de maneira retrospectiva, pelas autoras deste estudo. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft® Excel® for Mac 2011, versão 14.0.1, e foram analisados de forma descritiva. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer de número 3.409.894, de 24 de junho de 2019.

## RESULTADOS

Foram realizadas 1704 contrarreferências entre os anos de 2018 (n. 766) e 2019 (n. 988), o ano de 2018. Das 988

contrarreferências realizadas, 294 estavam relacionados à recém-nascidos e 694 às mulheres. A idade dos bebês variou de 1 a 43 dias RN é até 28 dias de vida, e das mulheres, de 14 a 43 anos. Destaca-se o número de contrarreferências relacionadas às mulheres com idade entre 14 a 17 anos (n. 98; 9,91%). O Distrito Sanitário de maior número de contrarreferências foi o Distrito Cajuru (n. 281; 28,44%).

A tabela 1 apresenta o número de contrarreferências em relação ao número de pacientes internadas em uma maternidade de risco habitual no ano de 2019.

**Tabela 1.** Número de contrarreferências por número de internações realizadas pela enfermeira de ligação de uma maternidade de risco habitual em 2019

Mês 2019	Pacientes internados/mês	Pacientes Contrarref.	%
jan/19	346	54	15,6
fev/19	262	79	30,1
mar/19	333	36	10,8
abr/19	300	86	28,6
mai/19	372	100	26,8
jun/19	337	71	21
jul/19	345	92	26,6
ago/19	324	145	44,7
set/19	338	120	35,5
out/19	323	87	26,9
nov/19	309	64	20,7
dez/19	202	54	26,7
Total	3791	988 Média 82/mês	26

Os critérios de indicação para as contrarreferências estão representados na tabela 2.

**Tabela 2.** Número de contrarreferências conforme os critérios de indicação de uma maternidade de risco habitual em 2019

Crítérios de inclusão/2019	n(%)
Sindrômico	2(0,20)
Baixo peso <2500g	2(0,20)
RN com perda de peso > 10%	3(0,30)
Dificuldade de amamentação	9(0,91)
Dificuldade cultural	13(1,31)
Caso social	23(2,23)
Doença crônica de difícil controle	24(2,42)
Sangramento pós-parto	26(2,63)
Testes do RN alterados	28(2,83)
Malformação	56(5,66)
Prematuridade	63(6,37)
SHEG	71(7,18)
Contato com IST	84(8,50)
Em tratamento por infecção	87(8,80)
Adolescentes	98(9,91)
Multiparidade	123(12,44)
Intercorrências com o RN e necessidade de UCIN	127(12,85)
Outros	149(15,08)
Total	988(100)

A tabela 3 mostra o encaminhamento das pacientes para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando a necessidade da continuidade do cuidado.

**Tabela 3.** Necessidades de continuidade do cuidado de uma maternidade de risco habitual para outros pontos da rede de atenção à saúde

Necessidade apresentada/2019	n(%)
Consulta com pneumologista	1(0,1)
Consulta com hematologista	1(0,1)
Consulta com nutrição	1(0,1)
Acompanhamento social	4(0,4)
Consulta com otorrino	3(0,3)
Consulta com gastrologia	3(0,3)
Consulta endocrinologista	5(0,5)
Consulta com nefrologista	5(0,5)
Consulta com dermatologista	5(0,5)
Consulta com neuropediatra	6(0,6)
Acompanhamento psicológico	8(0,8)
Consulta com psiquiatria	9(0,9)
Consulta com ginecologista	12(1,21)
Consulta com cardiopediatra	15(1,51)
Consulta com oftalmologista	15(1,51)
Consulta ortopedista	22(2,22)
Consulta com cirurgia pediátrica	30(3,03)
Alteração de classificação de risco da gestante	34(3,44)
Ambulatório de bebê de risco	54(5,46)
Consulta de pré-natal	78(7,89)
Consulta com infectologista	82(8,29)
Consulta de puericultura	154(15,99)
Orientações planejamento familiar	177(17,91)
Consulta de puerpério	264(26,72)
Total	988(100)

A tabela 4 mostra que, dentre os meios de captação, para realizar a contrarreferência na maternidade predominou a busca ativa realizada pelas pacientes.

**Tabela 4.** Número de contrarreferências conforme o meio de captação de uma maternidade de risco habitual em 2019

Meios de captação 2019	n(%)
Busca ativa	742(75,1)
Equipe assistencial	78(7,9)
Indicação médica	168(17)
Total geral	988(100)

## DISCUSSÃO

O número de contrarreferências realizadas pela enfermeira de ligação da maternidade de risco habitual teve um acréscimo de 29% quando comparados os anos de 2018 (n. 766) e 2019 (n. 988). Este aumento evidencia o reconhecimento da importância deste serviço pela equipe assistencial da maternidade para a continuidade do cuidado. O ano de 2018, foi um período de adequações do processo de trabalho e da estruturação de indicadores deste serviço, por essa razão foram analisados apenas os dados de 2019.

Pesquisas afirmam que esta variante de atuação da enfermeira, tem proporcionado experiências positivas durante a internação e na alta. Além de abrir mais uma perspectiva de atuação para o enfermeiro, proporcionar visibilidade e impactar em melhorias nas ações de saúde.<sup>(6)</sup>

Dentre os dados levantados no estudo, os que possuem maior impacto para a continuidade do cuidado e, por este

motivo, foram priorizados na discussão, destacam-se: relacionados à gestante/puérpera (gestação na adolescência; multiparidade; IST); síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG); sangramento pós-parto; tratamento por infecção) e ao RN (tratamento por infecção; prematuridade; contato com IST e malformações).

Neste estudo, foram contrarreferenciadas 98 adolescentes no ano de 2019. A primeira gestação em qualquer idade é um processo de construção e adaptação, mas para adolescentes é um desafio de proporções ainda maiores, por isso é necessário compreender de forma empática a situação dessas jovens.<sup>(9,10)</sup>

Os adolescentes representam entre 20% e 30% da população mundial, estima-se no Brasil que essa proporção alcance 23%. Dentre as situações que envolvem a saúde nessa faixa etária, a gravidez sobressai em quase todos os países e em especial, nos países em desenvolvimento.<sup>(11)</sup>

Estima-se que 16 milhões de adolescentes engravidem por ano no mundo, vale ressaltar que o risco de mortalidade materna aumenta a cada gestação, assim, práticas de educação em saúde, geração de oportunidades de emprego, retardo do início da atividade sexual, desenvolvimento de responsabilidade pessoal e facilitação ao acesso a métodos contraceptivos, são estratégias que oportunizam a redução da gravidez na adolescência.<sup>(12)</sup>

Situações de gravidez na adolescência, multiparidade e IST, permeiam os mesmos cenários e estão diretamente relacionadas à mudanças drásticas na vida destas jovens. Por este motivo, são considerados critérios para a inclusão de pacientes na contrarreferência da maternidade onde se realizou o estudo. E despontam com os maiores números na contrarreferência de pacientes no ano de 2019. O exercício da sexualidade embasada em convicções errôneas e ideias equivocadas desencadeia consequências irreversíveis nas vidas destas adolescentes. Tal premissa deve-se ao fato de que tais indivíduos apresentam, a cada dia, maior vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde reprodutiva e sexual.<sup>(9,10,13)</sup>

Estas situações, necessitam de conhecimento e reflexão destas jovens e da rede assistencial, pois habitualmente é comum a falta de uso de métodos contraceptivos ou o seu uso de maneira inadequada, o que pode gerar a multiparidade e IST, assim como outros comprometimentos à saúde da mulher.<sup>(14)</sup>

Em relação à multiparidade, o estudo mostrou o encaminhamento de 123 mulheres. O risco gestacional é diretamente proporcional ao número de gestações anteriores. Situações como câncer de colo de útero;<sup>(15)</sup> placenta prévia, incontinência urinária,<sup>(16,17)</sup> diabetes mellitus gestacional<sup>(18)</sup>

e hemorragias pós-parto podem estar relacionadas com mulheres multiparas extremas, bem como, o aumento da fragilidade social.<sup>(14)</sup>

Outra situação considerada relevante nas contrarreferências e apontadas no estudo, foi o número de mulheres e RN com necessidade de tratamento/contato para sífilis. Esta IST é transmitida de maneira vertical durante a gestação, quando não tratada ou em casos de tratamento inadequado, por disseminação hematogênica, através da placenta, podendo acontecer em qualquer fase da gestação.<sup>(19)</sup>

As IST são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as patologias transmissíveis mais comuns, afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo. Foram contrarreferenciadas 84 pacientes na maternidade onde se realizou o estudo. Tem impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, pois podem acarretar infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança.<sup>(19)</sup>

A alta prevalência de sífilis congênita em mulheres na idade fértil reflete-se em desfechos desfavoráveis da gestação. Embora as estimativas variem, estes ocorrem em até 80% das gestantes com sífilis ativa, incluindo o óbito fetal em 40%, a morte perinatal em 20% e a infecção congênita em 20%. Há ainda custos significantes, relacionados à sobrevivência de RN com sífilis congênita devido à morbidade associada à infecção, especialmente no que concerne à problemas no desenvolvimento infantil.<sup>(20)</sup>

Somente a realização do esquema terapêutico completo com penicilina é considerado treponemicida para o feto durante a gestação. A falha terapêutica está relacionada ao uso de doses inadequadas do medicamento. Com a utilização do esquema terapêutico apropriado, espera-se a negatização do exame específico após 12 a 15 meses do tratamento. Todo RN cuja mãe é soropositiva para sífilis deve ser acompanhado por pelo menos dois anos para avaliação da titulação sorológica.<sup>(20)</sup>

A melhor prevenção da sífilis congênita é feita pelo tratamento adequado da gestante sífilítica e de seu parceiro, o que implica na necessidade de assistência médica à população e, em garantir o acesso e frequência indispensável ao cuidado pré-natal.<sup>(20)</sup>

A necessidade do manejo da sífilis precocemente, implica não somente em aspectos relacionados a saúde da população. Mas, impacta diretamente na gestão de leitos, uma vez que conforme o protocolo de tratamento do Ministério da Saúde, o RN ao invés de permanecer por aproximadamente 48 horas internado, poderá ter seu período de hospitalização estendido por mais oito dias, onerando o sistema de saúde, bloqueando leitos.

A Síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG) foi outro achado relevante. A referida síndrome é categorizada de duas formas pré-eclâmpsia, quando a paciente apresenta aumento nos níveis pressóricos após a vigésima semana gestacional; e eclâmpsia considerada emergência obstétrica, devido a paciente quadros convulsivos, que podem ocasionar danos neurológicos, sendo que ambos os casos podem agravar quando associados a Síndrome HELLP, que causa na mulher de hemólise, plaquetopenia e distúrbios hepáticos.<sup>(21,22)</sup>

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de SHEG: obesidade, hipertensão crônica, diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo, idade materna, etnia.<sup>(22)</sup> Esta é a primeira causa de morte materna no Brasil e a terceira no mundo. É essencial que os profissionais de saúde saibam identificar e tratar este distúrbio.<sup>(23)</sup>

A hemorragia puerperal, destacada nas contrarreferências da maternidade, é considerada a primeira causa de morte materna no mundo.<sup>(24,25)</sup> Mulheres que apresentam sangramento importante no período pós-parto imediato, precisam de monitoramento intensivo no período pós-parto tardio, pois esta complicação pode ser recorrente ou ocasionar processo anêmico agudo ou crônico na puérpera.<sup>(26)</sup>

O termo continuidade do cuidado refere-se à assistência à saúde prestada de maneira progressiva, organizada, ininterrupta e individualizada.<sup>(27)</sup> Esta definição é corroborada pela Organização Mundial da Saúde, que ressalta ainda a importância de respeitar as escolhas realizadas pelas pacientes.<sup>(28)</sup>

As situações apontadas na maternidade de risco habitual para a APS destacam a importância deste ponto da rede e possibilita a continuidade efetiva do cuidado. Proporcionando para estas mulheres e seus RN prioridade de atendimento e monitoramento próximo das condições de saúde.

A identificação de fatores de risco, e intercorrências durante o processo de parto, oportunizam o planejamento de ações voltadas à melhoria da qualidade assistencial. Desta maneira há a garantia de atendimento no serviço de alta complexidade e assistência mais segurança no atendimento à mulher e ao cuidado ao RN, auxiliando na redução da mortalidade materno-infantil.<sup>(29)</sup>

Em relação ao internamento dos RN, sabe-se que uma criança que nasce pré-termo - 63 encaminhamentos feitos pela Gestão de Altas no ano de 2019 - está mais suscetível às influências do meio extrauterino, por não possuir ainda maturação fisiológica adequada, o que pode acarretar inúmeras complicações. Apesar dos avanços tecnológicos, o útero continua sendo o local ideal para o desenvolvimento do feto.<sup>(30)</sup>

A prematuridade, por si só, constitui um grande problema na saúde pública, por tratar-se de determinante da morbimortalidade neonatal, principalmente em países sub-desenvolvidos, podendo levar a disfunção em qualquer órgão do sistema corporal.<sup>(31)</sup>

As malformações contrarreferenciadas foram polidactilia, criptorquidea, lábio leporino, forame oval pérvio, e outros. Estas necessitam de encaminhamento e resolução rápida, evitando o comprometimento do RN. As malformações congênitas estão entre as principais causas de morte na primeira infância, sendo a cardiopatia congênita uma das mais frequentes.<sup>(32)</sup>

O Brasil reduziu em 73% os índices de mortalidade infantil em crianças maiores de cinco anos entre 1990 e 2015, porém, no período neonatal ainda apresentamos altas taxas de mortalidade.<sup>(32)</sup>

No que tange aos meios de captação das pacientes para a contrarreferência, destaca-se a busca ativa do paciente. Este tipo de abordagem facilita a identificação das suas necessidades e promove vínculo entre a equipe e o paciente. O contato mais próximo com o paciente é característico da profissão de enfermagem. A indicação da enfermeira, para ser o profissional de ligação, procede, pois este profissional concentra parte significativa do tempo perto do paciente, possibilitando acumular informações relevantes para o desenvolvimento do cuidado, o que torna a enfermeira um ponto de convergência da equipe.<sup>(8,33)</sup>

Para alcançar a continuidade do cuidado se torna indispensável que a enfermeira de ligação trabalhe em parceria com a equipe assistencial multidisciplinar, desta forma poderá amplificar os cuidados deste paciente, e planejar os procedimentos para alta de forma completa. Traçar metodologias para alcançar a continuidade do cuidado também é um aspecto relevante neste processo.<sup>(34)</sup>

O enfermeiro é o principal facilitador para pacientes e famílias que vivenciam transições. Por este motivo é indicado para exercer o papel de "enfermeiro de ligação". Ele pode coordenar a alta hospitalar, acompanhar e colaborar o cuidado prestado no ambiente hospitalar e transmitir informações relevantes para a continuidade do cuidado a atenção primária e em outros pontos da rede de assistência à saúde.<sup>(33)</sup>

Podem ser apontados como limitações para o estudo: a falta de dados concisos no ano de início da unidade - 2018 - em virtude da organização inicial do serviço e, com ele, o pouco quantitativo de profissionais enfermeiros envolvidos.

Os resultados encontrados mostram a importância do enfermeiro como agente transformador da realidade

de saúde. O enfermeiro de ligação, atuando na Gestão de Altas de uma maternidade, mostra a relevância que este profissional tem para que o cuidado seja continuado dentro da rede de atenção a saúde.

## CONCLUSÃO

Situações de gravidez na adolescência, multiparidade e IST coexistem e precisam de conhecimento e reflexão da clientela envolvida; participação ativa da sociedade e comunidade próxima, resultando na elaboração de políticas públicas de saúde efetivas. A continuidade do cuidado deve ultrapassar os muros das instituições de saúde e avançar em parcerias inovadoras entre a APS, a comunidade e as escolas. A educação em saúde deve ser uma constante nos ambientes de ensino e de saúde, sendo imperativo parcerias serem firmadas com vistas a população ter acesso à informação, podendo deliberada e responsabilmente optar pelos caminhos que deseja para a sua vida. Ser Enfermeira de Ligação, exige da profissional um perfil diferenciado, enxergando o usuário, além de sua linha de cuidado, dentro da RAS. Destaca-se ao proporcionar saúde, educação e serviços sociais necessários a continuidade do cuidado, quer da puérpera ou do RN. A fragmentação do cuidado é uma constante em todos os níveis de atendimento, ocorre dentro dos próprios locais de atendimento (unidades de saúde, serviços de emergência, internação), se descontinua muitas vezes por questões óbvias (passagens de plantão, transferências de unidades, diferentes especialidades,

entre outros) e por outras não tão óbvias, apenas porque culturalmente é aceito. Quando o cuidado passa a ser centrado no paciente, suas necessidades, desejos e inadequações são percebidas e consideradas. Para tal, é necessário que o profissional de ligação compreenda seu papel de agente de transformação, responsável pela promoção da continuidade do cuidado, oportunizando ao paciente a vivência do conceito de rede. Destacam-se nesta vivência a definição de critérios para a contrarreferência e a atuação do enfermeiro de ligação em locais de baixa complexidade, visando uma sociedade saudável, produtiva, onde os casos são adequadamente conduzidos e otimizam os recursos do sistema de saúde e evitam a sobrecarga na vida dos familiares.

## Contribuições

a) concepção e/ou desenho do estudo: Otilia Beatriz Maciel da Silva, Elizabeth Bernardino, Denise Jorge Munhoz da Rocha, Letícia Siniski de Lima; b) coleta, análise e interpretação dos dados: Otilia Beatriz Maciel da Silva, Elizabeth Bernardino, Denise Jorge Munhoz da Rocha, Letícia Siniski de Lima; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: Otilia Beatriz Maciel da Silva, Elizabeth Bernardino, Camila Rorato, Denise Jorge Munhoz da Rocha, Letícia Siniski de Lima, Olívia Luciana dos Santos Silva; d) aprovação da versão final a ser publicada: Otilia Beatriz Maciel da Silva, Elizabeth Bernardino, Camila Rorato, Olívia Luciana dos Santos Silva.

## REFERÊNCIAS

1. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e4250016
2. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1281-9.
3. Viana AN, Bousquat A, Ferreira MP, Cutrim MA, Uchimura LY, Fusaro ER, et al. Region and Networks: multidimensional and multilevel approaches to analyze the health regionalization process in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(Suppl 1):S7-S16.
4. Cavalcanti RP, Cruz DF, Padilha, WW. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Ciênc Saude*. 2018;22(2):181-8.
5. Ribas EM, Bernadino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva EP. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):546-53.
6. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(1):2-86.
7. Bernardino E, Segui ML, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(3):1-8.
8. Cieto BB, Garbuio DC, Camargo VB, Napoleão AA. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. 2014;18(3): 752-63.
9. Silva JL, Surita FG. Gravidez na adolescência - um desafio além das políticas de saúde pública. *Rev. Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(2):41-3.
10. Rodrigues LS, Silva MV, Gomes MA. Gravidez na Adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. *Revista Educação Emancipação*. 2019;12(2):228-52.
11. Alves RD, Oliveira SX, Caldas ML, Nobre JO. Dificuldades enfrentadas por adolescentes no período gestacional. *Temas Saúde*. 2016;16(2):585-66.
12. Holness N. A global perspective on adolescent pregnancy. *Intern. Journal of Nurse Practice*. 2014;21(5):677-81.
13. Desaunay P, Perrin AS, Gérardin P. Grossesse et maternité à l'adolescence. *Pregnancy and motherhood in adolescence. Soins Pédiatr Pueric*. 2016;37(291):14-8.
14. Vieira EM, Bousquat A, Barros CR, Alves MC. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:25.

15. Muniro Z, Tarimo CS, Mahande MJ, Maro E, Mchome B. Grande multiparidade como preditor de resultados adversos na gravidez entre mulheres que deram à luz em um hospital terciário no norte da Tanzânia. *BMC Gravidez Parto*. 2019;19(1):222.
16. Leroy LS, Lúcio A, Lopes MH. Risk factors for postpartum urinary incontinence. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 ; 50(2): 200-7.
17. Jacob LM, Santos AP, Lopes MH, Shimo AK. Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190180.
18. Huilca-Briceño A, Romani Varillas M. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. *Rev Cuba Obstetr Ginecol*. 2016; 42(2).
19. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>
20. Guinsburg R, Santos AM. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Documento Científico – Departamento de Neonatologia. São Paulo, 2010. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/tratamento\\_sifilis.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf)
21. Margaret OA, Jagidesa M, Thajasvarie N. Preeclampsia and HELLP syndrome, the role of the liver. *The J. Matern Fetal Neonatal Med*. 2019;121-36.
22. Bacelar EB, Costa MC, Gama SG, Amaral MT, Almeida AH. Factors associated with Specific Hypertensive Gestation Syndrome (SHGS) in postpartum adolescent and young adult mothers in the Northeast of Brazil: a multiple analysis of hierarchical models. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(4):673-81.
23. Souza LL, Baginski JK, Simão DS, Moraes LI, Lobato AI. Síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG): fatores de risco durante o ciclo gravítico puerperal. In: X Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2018; Campo Grande, Brasil. Campo Grande: Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); 2018.
24. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.
25. Rangel RC, Souza ML, Bentes CM, Souza AC, Leitão MN, Lynn FA. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019 ; 27:e3165.
26. Rousseau A, Rozenberg P, Perrodeau E, Ravaud P. Variation in severe postpartum hemorrhage management: A national vignette-based study. *PLoS One*. 2018;13(12):e0209074.
27. Irwin KA, Agius M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? *Psychiatry Danubina*. 2017;29(3):452-6.
28. World Health Organization (WHO). Continuity and Coordination of Care: a practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>
29. Demitto MO, Gravena AA, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03208.
30. Freitas MC, Souza AO, Cabral SA, Alencar MC, Guedes MS, Oliveira GF. Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2018;12(40):228-42.
31. Reis JT. Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de Goiânia-GO. *Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde*. 2014;41(2):329-39.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: diagnóstico precoce de cardiopatia congênita. Brasília: 2017. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_cardiopatias\\_congenitas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_cardiopatias_congenitas.pdf)
33. Aued GK, Bernardino E, Lapiere J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3162.
34. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OM, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. 2018;23(3):e58449.

# A FAMÍLIA MEDIANTE HOSPITALIZAÇÕES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

THE FAMILY THROUGH HOSPITALIZATIONS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

LA FAMILIA A TRAVÉS DE HOSPITALIZACIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Wagner Joab Muniz Ripardo<sup>1</sup>

Silvana Rodrigues da Silva<sup>1</sup>

Dirley Moreira Cardoso<sup>1</sup>

Anneli Mercedes Celis de Cárdenas<sup>1</sup>

Maria Virginia Filgueiras de Assis Mello<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-3743-805X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2838-868X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2977-4996>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6581-4326>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5260-942X>)

## Descritores

Unidades de terapia intensiva;

Família; Hospitalização

## Descriptors

Intensive care units; Family;

Hospitalization

## Descriptores

Unidades de cuidados intensivos;

Família; Hospitalización

## Recebido

16 de Junho de 2020

## Aceito

12 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Wagner Joab Muniz Ripardo

E-mail: [wagnerboll@gmail.com](mailto:wagnerboll@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a experiência de uma família que vivenciou internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

**Métodos:** Estudo conduzido pelo referencial da história oral de vida, estratégia metodológica dentro do escopo da pesquisa qualitativa. Entrevistas semiestruturadas foram conduzidas com seis membros de uma família que vivenciaram hospitalizações de seus entes em UTI.

**Resultados:** O resgate das memórias individuais, permitiu a construção da memória coletiva que resultou na elaboração de três temas que revelaram as dificuldades enfrentadas por uma família diante das internações de dois de seus membros em UTI, como enfrentaram todo esse processo de hospitalização e as mudanças geradas em cada membro da família.

**Conclusão:** Concluiu-se que as internações na UTI ocasionaram vulnerabilidade emocional e necessidade de mudanças na dinâmica familiar, todavia, impeliu a família a obter uma nova concepção sobre a UTI, tornando-os mais resilientes, fortalecendo os vínculos familiares e aprimorando a percepção sobre viver cada momento de forma mais intensa no seio da família.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the experience of a family that experienced Intensive Care Unit (ICU) admissions.

**Methods:** Study conducted by referencing oral life history, methodological strategy within the scope of qualitative research. Semi-structured interviews were conducted with six members of a family, each of whom experienced the hospitalization of their loved ones in the ICU.

**Results:** The rescue of individual memories allowed the construction of collective memory which resulted in the elaboration of three themes which revealed the difficulties faced by a family against the hospitalizations of two of its members in the ICU, how they faced this entire hospitalization process and the changes generated in each family member.

**Conclusion:** It was concluded that hospitalizations in the ICU occasioned emotional vulnerability and the need for change in family dynamics, however, it compelled the family to obtain a new understanding about the ICU, making them more resilient, strengthening family bonds and improving perception about living each moment more intensely within the family.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la experiencia de una familia que experimentó hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio realizado por el referencial de la historia oral de vida, estrategia metodológica dentro del alcance de la investigación cualitativa. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con seis miembros de una familia, quienes vivieron las experiencias de hospitalización de sus seres queridos en la UCI.

**Resultados:** El rescate de los recuerdos individuales, permitió la construcción de la memoria colectiva que resultó en la elaboración de tres temas que revelaron las dificultades que enfrenta una familia frente a las hospitalizaciones de dos de sus miembros en la UCI, como enfrentaron todo este proceso de hospitalización y los cambios generados en cada miembro de la familia.

**Conclusión:** Se concluyó que las hospitalizaciones en la UCI ocasionaron vulnerabilidad emocional y la necesidad de cambios en la dinámica familiar, sin embargo, impulsó a la familia a obtener una nueva concepción sobre la UCI, haciéndolas más resistentes, fortaleciendo los lazos familiares y mejorando la percepción sobre vivir cada momento más intensamente dentro de la familia.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amapá, Macapá, AP, Brasil.

## Como citar:

Ripardo WJ, Silva SR, Cardoso DM, Cárdenas AM, Mello MV. A família mediante hospitalizações em unidade de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2021;12(1):86-92.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4055

## INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de atenção à saúde de cuidados ao paciente crítico na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve seus primórdios com Florence Nightingale, no Século XIX na Guerra da Crimeia, se baseou nos conceitos de triagem e vigilância contínua, ao separar os doentes mais graves como fator determinante no processo de cuidar.<sup>(1)</sup>

A primeira UTI foi criada em 1926 em Boston, Estados Unidos, ao passo que no Brasil, foram instaladas na década de 70, com a finalidade de assistir pacientes graves e instáveis, requerendo a disponibilidade de estrutura própria, com provisão de aparato tecnológico para monitorização contínua e suporte das funções vitais, o que requer recursos humanos qualificados para o desenvolvimento da assistência com segurança.<sup>(2,3)</sup>

A UTI é caracterizada como um dos setores hospitalares destinados a assistência especializada de pacientes graves e descompensados, uma vez que estes se encontram ameaçados por doenças ou condições clínicas que causam instabilidade. Ademais a UTI é uma unidade em que o risco de morte é frequente, onde há um grande número de procedimentos invasivos.<sup>(4,5)</sup>

Devido à complexidade das ações e dos procedimentos envolvidos nesse ambiente, as UTI têm sido classificadas como um setor complexo e de difícil ambientação para os pacientes assim como seus familiares. Cabe ressaltar que as características hostis do ambiente, a restrição do horário de visita, a imprevisão do que pode ocorrer, o medo da morte e a falta de privacidade, se configuram como situações desencadeadoras de ansiedade e stress.<sup>(6,7)</sup>

Ao conceber a doença nos filhos como fator gerador de ansiedade e preocupações, direcionar o foco de cuidado também para a família, tem se tornado uma evidência crescente na investigação e na prática da enfermagem. Diante do processo de internação de pacientes na UTI, a equipe multiprofissional atuante neste setor possui grande responsabilidade na assistência a vida dos internos, visto que quando se trata da família, existem práticas adequadas para diminuir o turbilhão de sentimentos causados pela condição clínica de seu familiar.

Nesta perspectiva, o presente estudo buscou dar voz a uma família que vivenciou hospitalizações de familiares em UTI e tenta compreender a repercussão ocasionada na família decorrente da hospitalização de seus membros através das questões: Como a família vivencia a experiência de internações de entes na UTI? Qual o impacto vivenciado pela família mediante hospitalizações em UTI?

Em vista disso, o presente estudo teve por objetivo compreender a experiência de uma família que vivenciou internações em UTI.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, guiado pelo referencial metodológico da história oral de vida, considerando a singularidade da experiência vivenciada pelos colaboradores, a qual foi possível ser abrangida intensamente.

Foram colaboradores do estudo seis membros de uma família, sendo os pais, três filhos e a nora. Adotou-se como critérios de inclusão membros da família consanguíneos ou não, maiores de 18 anos e que experienciaram o processo hospitalização em UTI. Como critérios de exclusão membros familiares que não estivessem em condições psicológicas para fornecer uma entrevista.

Para preservar o anonimato dos colaboradores seus nomes foram representados pela letra C, seguida de números.

Utilizou-se a entrevista do tipo aberta ou não estruturada, que foram agendadas de acordo com a conveniência dos colaboradores e realizadas pelo pesquisador principal nos meses de outubro e novembro de 2019. Todas as entrevistas ocorreram na residência dos colaboradores, foram registradas com um gravador de áudio e tiveram duração entre 25 a 61 minutos.

O roteiro da entrevista, elaborado pelos autores do estudo, contemplou uma questão central: Conte-me como foi a sua experiência mediante a internação dos seus familiares na UTI, com o intuito de dar voz aos entrevistados para o relato de suas experiências.

De acordo com o referencial metodológico adotado<sup>8-9</sup> foram percorridos sete etapas: 1- Gravação e transcrição das entrevistas em sua íntegra, 2- Textualização (eliminação de perguntas eventuais, vícios de linguagem, erros de gramática e palavras repetidas), 3-Reorganização cronológica da entrevista (nesta fase o texto é predominantemente do narrador, sendo transcrito na primeira pessoa), 4-Transcrição (recriação do texto por completo, etapa em que ocorre interferência do autor para redação do texto de forma clara e voltada ao aperfeiçoamento para uma melhor compreensão do público leitor), 5- Conferência (apresentação dos textos aos colaboradores, o qual legitimaram e autorizaram a versão trabalhada), 6- Arquivamento (remete aos cuidados e responsabilidade na manutenção do material elaborado) e 7- Devolução social (diz respeito ao compromisso comunitário requerido pela história oral que sempre deve prever o retorno ao grupo que se fez gerar).

Não houve conflito de interesses no estudo, o qual seguiu as diretrizes estabelecidas por meio da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

O resgate das memórias individuais possibilitou o cruzamento de fatos comuns das narrativas, permitindo a construção da memória coletiva. Assim sendo, a apresentação dos resultados é composta por três temas distintos, porém inter-relacionados ao longo do percurso que abrangem a história que compõe a experiência vivenciada pelos colaboradores.

### O entrelaçar de mundos: família e hospital

A internação de um familiar na UTI pode ocorrer de maneira inesperada e abrupta sem haver o tempo necessário para reajustes emocionais, familiares, estruturais e psicológicos. A família deste estudo vivenciou por quatro vezes internações de filhos em UTI, sendo a primeira de uma filha com 12 dias de vida na UTI neonatal e que já na fase de adolescência se internou novamente por outras duas vezes, em consequência de má formação na válvula aórtica. Posteriormente outro filho ainda jovem foi acometido por um Acidente Vascular Isquêmico, necessitando de internação em UTI.

Assim sendo, quando um membro da família é internado em uma UTI, toda a configuração familiar passa por reajustes e transformações em seu cotidiano devido a mudança de ambiente e rotina que o hospital oferece. A internação exige uma readaptação, não somente do paciente, mas principalmente da família e em seus papéis frente a isso, nesse sentido os participantes relataram:

*[...] “em vários momentos a rotina da família alterou, mas foram momentos pontuais ... tive que levar toda a família para São Paulo ... decidimos que era importante estarmos todos juntos” (C2);*

*[...] “aqueles poderiam ser os últimos dias de vida da minha irmã, então ele queria que nós pudéssemos passar esses dias juntos ... então o maior mecanismo de enfrentamento foi passar tudo em família ... sempre enfrentando todos juntos”(C5);*

*[...] “a própria rotina da família alterou em alguns aspectos como alimentação, ...viagens para fazer exames de rotina que apesar de não serem uma situação nova para família, ficaram mais intensas” (C6).*

Neste cenário, o advento das hospitalizações, ocasionou uma série de readaptações e sentimentos para o contexto familiar, os discursos a seguir ratificam a afirmativa:

*[...] “a internação é um processo muito doloroso, pois é necessário se ausentar da companhia do ente*

*querido ... essa realidade me tornou vulnerável nesse momento” (C1).*

Por se tratar de um período de imensa carga emocional e de pressão para os familiares, a UTI acaba se tornando um ambiente muito estressante, desencadeando abalos ao emocional e psicológico. Sobre isso os colaboradores relatam alguns transtornos ocasionados pela vivência desse drama:

*[...] “todas as internações, em especial as duas últimas, foram muito difíceis para minha esposa suportar, hoje ela faz tratamento para transtorno de ansiedade, claramente uma seqüela das internações na UTI vivenciadas pelos nossos filhos” (C2);*

*[...] “minha filha mais nova, entrou em depressão ... hoje faço tratamento para transtorno de ansiedade, pois a primeira vez que perdi meu equilíbrio emocional, foi quando vi meu filho perder a fala na UTI... e quando mais fortes os laços familiares, maior é o impacto” (C1).*

Outro contexto marcante no processo de experienciar um familiar internado na UTI, são as mudanças ocasionadas no contexto familiar, dentre as quais, a distância e a separação de membros da família fica evidente na narrativa dos colaboradores. Para eles, a rotina e as condutas dentro do ambiente de UTI apesar de estarem voltadas para a proteção e cuidados ao paciente internado, acabam por vezes gerando a sensação de isolamento, afastamento e exclusão nos cuidados. Em meio a isso, os familiares se sentem inseguros, buscam estar sempre informados sobre o familiar e temem que o pior aconteça, os discursos revelaram:

*[...] “nossa experiência mostra que nem sempre o fato de deixar um familiar aos cuidados de uma equipe vai indicar êxito no final do tratamento ... não tínhamos acesso a nossa filha, a não ser por períodos estabelecidos, isso é mais complicado pois temos que deixar o nosso familiar na UTI e sair dali angustiados ... correríamos o risco de voltar e ela não estar mais viva, isso criava um ambiente desfavorável para o nosso emocional” (C1);*

*[...] “como não podia vê-la, sempre entrava em contato para saber como ela estava, pois isso era o que ela fazia por mim, e apesar de saber que o estado dela era grave, não podia visitá-la por conta da minha condição de saúde” (C5);*

*[...] “me senti a parte, como se não estivesse participando ... além da distância e o sentimento de estar a*

*parte, tudo se tornava pior, pois não via como ele estava, só recebia notícias” (C4).*

O incentivo à aproximação dos familiares nesse momento foi uma das estratégias utilizadas para melhora do bem-estar tanto do familiar quanto do paciente, que se encontram em um momento difícil. Essa aproximação da família com o ambiente de UTI também se faz positiva para a quebra do paradigma existente da UTI de que a mesma é um ambiente onde se vai para passar os últimos dias de vida. Assim a família acaba percebendo que os cuidados intensivos se fazem necessários e são positivos ao familiar, afirmativa essa ratificada por meio de suas falas:

*[...] “geralmente quando ouvimos falar em UTI pensamos que quem está internado está prestes a morrer, gera-se um trauma devido essa ideia, no entanto, nesse ambiente o paciente é monitorado continuamente por se encontrar em uma situação de saúde mais grave ... com o tempo a equipe da UTI compreendeu a situação de que eram parentes de fora do estado e permitiram a permanência deles no quarto da UTI, chamam essa conduta de UTI familiarizada ... comecei a pensar: “Meu irmão está sendo bem atendido, por profissionais especializados, a equipe da UTI está acompanhando o quadro dele, por mais sério e complicado que seja o caso, sei que está nas mãos de bons profissionais e nada de ruim vai acontecer” (C3).*

### **A fé como firme fundamento**

Ao se deparar com uma situação inesperada e incerta, como é a internação de um familiar na UTI, a família busca meios para encarar e suportar todo esse processo. A fé em Deus constituiu a base de sustentação para o enfrentamento dos colaboradores dessa pesquisa. Para uma família de base cristã, a fé é a ferramenta que os impulsionaram a crer que o impossível pode ser triunfado, que situações negativas podem se tornar positivas, pois a fé em um Deus que tudo pode fazer, auxiliou a família na aquisição de conforto e esperança, os discursos mostraram:

*[...] “nesses momentos eu me apegava a Deus, era onde sentia e encontrava paz” (C5);*

*[...] “era como se um abismo estivesse diante de nós, que aos nossos olhos era intransponível, mas pela fé, conseguimos passar ... tem situações que a fé nos conduz por caminhos onde o difícil pode ser superado” (C1);*

*[...] “a fé nos fazia acreditar no impossível, esse é o papel da fé, além de unir a família, nos faz ver o*

*impossível, começamos a acreditar, foi quando as notícias e o quadro dele foi melhorando” (C3).*

A fé se tornou uma âncora para as pressões vivenciadas a partir das internações na UTI. Através da fé, os colaboradores desse estudo afirmaram ter amenizado a dor e o sofrimento, além de buscarem equilíbrio emocional para suportar as experiências vivenciadas, interpretação essa originada das falas:

*[...] “buscávamos em Deus ... a oração sempre foi fundamental para amenizar a dor da família que vive essa realidade, enfrentamos as crises dessa maneira” (C2);*

*[...] “me sustentava na fé ... e por conta disso não me sentia tão afetado, não ficava muito pensativo” (C5).*

Ao se deparar com a possibilidade de perda do familiar, os colaboradores dessa pesquisa depositaram suas esperanças em Deus, tendo a convicção que a vida de seus familiares está em suas mãos. E em meio a esse turbilhão de circunstâncias, percebe-se momentos em que surgem conflitos internos, incerteza e resignação frente a possibilidade de perda e o motivo de estarem vivendo tal situação, uma vez que sempre estiveram comprometidos com seus afazeres religiosos. A falas seguem:

*[...] “no início questionei tudo que acontecia com a gente, apesar de sempre estarmos envolvido com a igreja, com o estudo e divulgação do Evangelho” (C6);*

*[...] “sempre ouvia os pais dela falarem que a vida dela estava nas mãos de Deus e que se Ele quisesse a levar, amém, se Ele quisesse a poupar, amém também... entendia a situação como algo que estava nas mãos de Deus, não podíamos fazer muita coisa por ela” (C4).*

Desse modo, a fé foi um dos mecanismos de enfrentamento da família, que ao se ver numa realidade tão difícil como a internação de seus membros em UTI, buscou na oração e na fé, a força necessária para o seu equilíbrio emocional e a certeza de que tudo passará, conforme às alocuções:

*[...] “posso dizer que a nossa fé foi a base para vivermos tudo sem nenhuma perda” (C2);*

*[...] “foi um momento de união, amor, carinho, fraternidade e fé, independente da religião, todos se reuniam para orar” (C3);*

*[...] “tínhamos a convicção de que nesses momentos de angústia e sofrimento, Deus estava sempre*

*conosco, e por mais difícil que sejam as circunstâncias, Ele é a nossa força” (C6).*

### As internações fortalecendo os laços familiares

As dificuldades e o sofrimento que se fizeram presentes nesse processo de enfrentar a internação, foram amenizados pela união dos laços familiares. As narrativas expressam que a união e o apoio familiar foram essenciais para enfrentar esse momento, além disso, o afeto entre os familiares ficou mais evidente, impulsionando a unidade dentro da família, constatado por meio das vozes:

*[...] “durante a internação dele, pude perceber situações como a aproximação de toda a família, foi um momento de união, amor, carinho, fraternidade e fé” (C3);*

*[...] “entendi quanto a vida e a presença de um esposo e um pai para nossa filha dentro de casa é o maior tesouro” (C4);*

*[...] “digo que houveram três situações que nos ajudaram a enfrentar tudo isso, em primeiro lugar Deus, depois a nossa unidade familiar, seguida dos irmãos da igreja” (C6).*

Toda a vivência da família com as internações na UTI gerou aproximação e fortalecimento dos vínculos familiares. A maneira de ver a vida e o retorno do ente querido ao seio familiar geraram mudanças e planos para toda família, de acordo com os discursos.

*[...] “hoje eu vejo que ela quer viver a vida intensamente, por não saber quando pode morrer e apesar de parecer estar bem, a verdade é que o quadro dela ainda é crítico” (C2);*

*[...] “não sei dizer exatamente quais foram as mudanças que aconteceram na vida dele após a internação na UTI, mas observo que ele tenta ser mais participativo e presente em tudo, aproveitando os momentos com a filha, pelo fato de ter passado por essa situação crítica, que o fez perceber que poderia ter partido e deixado tudo ... acredito que essas internações nos aproximaram mais como família, quando percebemos que podíamos ter perdido um membro e que não aproveitamos suficientemente os momentos que estávamos juntos” (C6);*

*[...] “apesar de tudo que vivenciamos, todas essas situações nos uniram muito mais como família ... isso pesou muito dentro de mim, olhar para a minha projeção de vida familiar e perceber que não posso depender exclusivamente do meu marido ... e aprendi também a*

*valorizar o agora, as pequenas coisas, mesmo que seja as divergências de um casal” (C4).*

### DISCUSSÃO

A necessidade de um familiar se submeter a internação na UTI, promove preocupações, tristeza, vulnerabilidade e ansiedade, uma vez que a família além de fazer uma correlação imediata entre UTI e morte, também considera a separação temporária muito dolorosa. Assim, o desequilíbrio emocional e a desestabilização dos familiares são evidenciados.<sup>(10)</sup>

Estudos discorrem que a avaliação clínica multiprofissional frequente dos profissionais da UTI, favorece assistência ininterrupta ao paciente grave, com vistas ao reestabelecimento de sua saúde, todavia, em razão das rotinas específicas desse setor, propiciam que o ambiente da UTI seja considerado um lugar hostil e revestido de sentimentos negativos para familiares e pacientes.<sup>(11)</sup>

Cabe destacar que a desestabilização emocional na família propiciada pela internação de um familiar na UTI, é sentida pela equipe de saúde que presta assistência nesse setor, os quais se tornam vulneráveis, quando estabelecem empatia pelo sofrimento da família ou do paciente.<sup>(12)</sup>

Neste âmbito, percebe-se que, aliado às atribuições peculiares de cada membro da equipe de saúde dotada do saber técnico-científico e domínio dos recursos tecnológicos, emerge a humanização, como elemento significativo para a individualização do cuidado e assistência de melhor qualidade.<sup>(13)</sup>

Assim sendo, ao mesmo tempo em que os familiares se sentem impotentes e angustiados do “lado de fora”, sabem que do “lado de dentro” seu ente está recebendo suporte avançado de vida e cuidados humanizados.<sup>(14,15)</sup>

Frente a tudo isso, identifica-se que a fé, a espera de um milagre e a crença numa força maior, se fazem presente no mundo da UTI, desde a porta de entrada, onde se encontram imagens sagradas, até no ambiente, de forma introspectiva. Dessa forma, família e paciente quando em estado consciente, ao vivenciarem essa experiência de internação, voltam-se para Deus, buscando auxílio espiritual para vencerem as dificuldades.<sup>(16,17)</sup>

No âmbito hospitalar, o amparo mais utilizado pelos familiares para lidar com os problemas advindos da hospitalização em UTI é a fé, no que diz respeito ao seu equilíbrio e autodomínio. A crença em Deus, constitui determinação para o enfrentamento e compreensão da doença ou a perda ocasionada pela mesma. Muitos familiares mencionam a fé como fortaleza capaz de assegurar sua permanência no hospital, amenizar o sofrimento da família e influenciar positivamente na recuperação do paciente.<sup>(18,19)</sup>

Ademais, a internação na UTI, ultrapassa os limites do hospital e se reflete em todo o cotidiano da família vinculada à experiência. O estado emocional da família é fortemente alterado e o medo da morte constantemente presente, propicia mais união e companheirismo entre os membros, o desejo e necessidade de ficar maior permanência perto do seu familiar, abrindo mão das demais atividades rotineiras, onde o afeto emerge e se fortalece entre os familiares.<sup>(20,21)</sup>

Enfim, ressalta-se a família não apenas como um conjunto de pessoas, mas também como parceiros unidos pelas relações e experiências comuns. Percebe-se um fortalecimento dessa unidade nos momentos de crise e que uma vez diante das crises, a família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento, dentre estes, a união familiar. E passado todo o período de crise, vivencia transformações em seu cotidiano evidenciadas por maior aproximação familiar, além de planos futuros pós alta.<sup>(20,23)</sup>

Como peculiaridade própria do método da história oral de vida, a possibilidade de generalização do estudo fica limitada, pois se tratou de uma investigação com apenas uma família.

Este estudo traz como contribuição a produção de conhecimento que contempla a experiência da família mediante o processo de hospitalização em UTI, por meio da investigação dos impactos ocasionados por estas circunstâncias e com vistas a subsidiar novos instrumentos de avaliação e intervenções que auxiliem a minimizar o sofrimento das famílias que vivenciam esta experiência.

## CONCLUSÃO

Os relatos da família deste estudo revelam as inúmeras dificuldades e angústias vivenciadas mediante as internações de um membro familiar na unidade de terapia intensiva, o quanto se tornaram vulneráveis emocionalmente e as mudanças desencadeadas na dinâmica familiar para enfrentarem essa nova situação. Não obstante a apreensão vivenciada pela família, percebeu-se que o atendimento humanizado por toda equipe multiprofissional, não só aos pacientes, mais também aos familiares, quebrou o estigma de que esse setor em discussão, não é um local de morte e sim de tratamento e recuperação onde a equipe ali inserida desenvolve as ações profissionais traduzindo que a essência desse setor é a manutenção da vida dos pacientes internados. Para os colaboradores desse estudo, vivenciar esta experiência, proporcionou aquisição de conhecimentos tornando-os mais resilientes, além disso, os vínculos familiares se reforçaram e a percepção sobre viver a vida e cada momento que ela propõe, ficaram mais nítidas e intensas para cada um.

## Agradecimentos

À família que se disponibilizou a participar do estudo.

## Contribuições

Wagner Joab Muniz Ripardo e Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello: Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. Silvana Rodrigues da Silva, Dirley Moreira Cardoso, Anneli Mercedes Celis de Cárdenas: revisão crítica.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes HS, Pulzi Júnior AS, Costa Filho R. Intensive care unit quality. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(1):37-45.
2. Abrahão AL. A Unidade de Terapia Intensiva. In: Chereguatti AL, Amorim CP. (Orgs.). *Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. 2 ed. São Paulo: Martinari; 2015. p. 17-39.
3. Oliveira FJ, Julianna FS, Islane CR, Francimary AC, Mônica OB, Joselany ÁC. Utilização de cateter venoso central em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2013;14(5):904-10.
4. Camponogara S, Tanise MS, Isabela LR, Liza F, Daniele A, Monike T. Perceptions and needs of relatives of patients hospitalized in an intensive care unit. *J Res Fundam Care*. 2013;5(40):622-34.
5. Conz CA, Aguiar RS, Reis HH, Pinto MC, Mira VL, Merighi MA. Atuação de enfermeiros líderes de unidade de terapia intensiva: abordagem compreensiva. *Enferm Foco*. 2019;10(4):41-46.
6. Müller AM, Gazzana MB, Silva DR. Desfecho de pacientes com câncer de pulmão admitidos em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(1):12-16.
7. Cosmo MM, Kitajima K, Saboya F, Marca J. O paciente em unidade de terapia intensiva - Critérios e rotinas de atendimento psicológico. In: Kitajima, K.; Saboya, F.; Marca, J.; Cosmo, M. (Eds.), *Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotinas de atendimento*. Rio de Janeiro: Revinter; 2014. p. 1-21.
8. Meihy, JCSB. *Manual de História Oral*. 5 ed. São Paulo: Loyola; 2005.
9. Meihy, JCSB, Holanda F. *História oral: como fazer, como pensar*. 2 ed., 4ª reimpressão. São Paulo: Contexto; 2015.
10. Molina RC, Varela PL, Castilho SA, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery*. 2007;11(1):437-44.
11. Luiz FF, Caregnato RC, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1095-103.
12. Vieira LN, Sá FM, Spiri WC, Borgato MH, Fontes CM. A experiência da vulnerabilidade dos enfermeiros no cuidado em terapia intensiva pediátrica. *Enferm Foco*. 2019;10(5):58-64.

13. Camelo SH. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(1):192-200.
14. Monteiro MC, Magalhães AS, Machado RN. Death on Stage in the ICU: Family Facing Terminal Condition. *Trends Psychol*. 2017;25(3):1285-99.
15. Oliveira BRG, Collet N, Vieira CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(2):277-84.
16. Simsen CD, Crossetti MG. O significado do cuidado em UTI neonatal na visão dos cuidadores de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004;25(2):231-42.
17. Lemos RC. O significado cultural do processo de internação em centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
18. Manenti LP, Soratto MT. A importância da espiritualidade no cuidado com o paciente internado na UTI cardiovascular. *Saúde Rev*. 2012;12(30):43-51.
19. Nascimento VF, Maciel MM, Lemes AG, Borges AC, Silva RG, Nascimento VF, et al. Apreensões e sentimento de fé de familiares no ambiente de cuidado intensivo. *Rev Gest Saúde*. 2015;6(3):2639-55.
20. Prates TS, Stumm EM, Loro MM, Ubessi LD. Familiar of patients who had lived deeply and the return to the life. *Cad Bras Saúde Mental*. 2010;2(4):138-58.
21. Reis LC, Gabarra ML, Moré CL. A repercussão do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Trends Psychol*. 2016;24(3):815-22.
22. Molina RC, Fonseca EL, Waidman MA, Marcon SS. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. *Rev Enferm USP*. 2009;43(3):630-8.
23. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and paediatric intensive care unit. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):118-24.

# ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS

FAMILY HEALTH STRATEGY: QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE

ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR: CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ANCIANAS

Thays Stefanon Rodrigues<sup>1</sup>

Claudete Moreschi<sup>1</sup>

Patrícia Bitencourt Toscani Greco<sup>1</sup>

Roselaine Boscardin Espindola<sup>1</sup>

Claudete Rempel<sup>2</sup>

(<http://orcid.org/0000-0001-8616-0133>)

(<http://orcid.org/0000-0003-3328-3521>)

(<http://orcid.org/0000-0001-6999-5470>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5884-1457>)

(<http://orcid.org/0000-0001-8573-0237>)

## Descritores

Envelhecimento; Enfermagem;  
Promoção da saúde; Atenção  
primária à saúde

## Descriptors

Aging; Nursing; Health promotion;  
Primary health care

## Descriptores

Envejecimiento; Enfermería;  
Promoción de la salud; Atención  
primaria de salud

## Recebido

24 de Junho de 2020

## Aceito

12 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

trabalho de conclusão de curso,  
intitulado: "Estratégia saúde  
da família: qualidade de vida de  
pessoas idosas", apresentado e  
defendido no ano de 2019, curso  
de Enfermagem da Universidade  
Regional Integrada do Alto Uruguai  
e das Missões - URI, Campus de  
Santiago, RS.

## Autor correspondente

Thays Stefanon Rodrigues  
E-mail: [thaysstefanon@gmail.com](mailto:thaysstefanon@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de idosos pertencentes ao território de uma Estratégia Saúde da Família do município de Santiago, Rio Grande do Sul.

**Métodos:** Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido com 239 idosos a partir dos 60 anos, através da aplicação do questionário sociodemográfico e WHOQOL *bref*.

**Resultados:** A maioria dos idosos são do sexo feminino, com média de idade de 71 anos, casados, aposentados, com baixa escolaridade, renda intermediária, hipertensos, ativos e utilizam o serviço da ESF. Por meio do WHOQOL *bref* constatou-se uma qualidade de vida boa em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Os escores do domínio físico diferem significativamente dos demais.

**Conclusão:** A qualidade de vida geral dos idosos contemplando todos os domínios foi avaliada como boa. Estes dados representam subsídios para os profissionais da atenção básica promoverem ações de promoção da qualidade de vida de idosos.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the quality of life of elderly people belonging to the territory of a Family Health Strategy in the city of Santiago, Rio Grande do Sul.

**Methods:** Cross-sectional, descriptive, quantitative approach, developed with 239 elderly from 60 years old, through the application of sociodemographic questionnaire and WHOQOL *bref*.

**Results:** Most of the elderly are female, with an average age of 71 years, married, retired, with low education, intermediate income, hypertensive, active and use the ESF service. Through the WHOQOL *bref* a good quality of life was found in all domains (physical, psychological, social relations and environment). Physical domain scores differ significantly from the others.

**Conclusion:** The general quality of life of the elderly with all domains was evaluated as good. These data represent subsidies for primary care professionals to promote actions to promote the quality of life of the elderly.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los ancianos que pertenecen al territorio de una Estrategia de Salud Familiar en la ciudad de Santiago, Rio Grande do Sul.

**Métodos:** Enfoque transversal, descriptivo, cuantitativo, desarrollado con 239 ancianos mayores de 60 años, mediante la aplicación de cuestionarios sociodemográficos y WHOQOL *bref*.

**Resultados:** la mayoría de los ancianos son mujeres, con una edad promedio de 71 años, casados, jubilados, con baja educación, ingresos intermedios, hipertensos, activos y utilizan el servicio ESF. A través del WHOQOL *bref* se encontró una buena calidad de vida en todos los dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente). Los puntajes del dominio físico difieren significativamente de los demás.

**Conclusión:** La calidad de vida general de los ancianos con todos los dominios se evaluó como buena. Estos datos representan subsidios para que los profesionales de atención primaria promuevan acciones para promover la calidad de vida de los ancianos.

<sup>1</sup>Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Santiago, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, RS, Brasil.

## Como citar:

Rodrigues TS, Moreschi C, Greco PB, Espindola RB, Rempel C. Estratégia saúde da família: qualidade de vida de pessoas idosas. *Enferm Foco*. 2021;12(1):93-9.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4080

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional demonstra-se acentuado nas últimas décadas e tende a aumentar no decorrer dos próximos anos. O Brasil está em processo acelerado de envelhecimento, segundo projeções do IBGE, em 2010 havia 20,9 milhões de idosos, em 2018 subiu para 28 milhões e deverá alcançar 43,3 milhões em 2032.<sup>(1)</sup> Com a transição demográfica e o aumento dos índices de longevidade surge a necessidade de se criar políticas e programas de assistência ao idoso. Esta possui a finalidade de proporcionar um envelhecimento ativo e a manutenção da qualidade de vida dos idosos.<sup>(2)</sup>

No Brasil, desde 1994, existem políticas públicas específicas para este grupo etário, quando foi aprovada a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos por meio da Lei nº 8.842/1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996. Neste período, a população idosa brasileira era de aproximadamente 8%.<sup>(3)</sup>

Várias políticas foram criadas em prol do idoso com o passar dos anos, como o Estatuto do idoso, em vigor desde 2003, através da Lei nº 10.741. Esta lei garante direitos às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, como por exemplo, atenção à saúde de forma integral, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.<sup>(4)</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório mundial de envelhecimento e saúde, realça que o envelhecimento saudável é mais que a ausência de doença. Engloba as relações sociais e os ambientes físicos habitados que podem impor barreiras ou influenciar positivamente na saúde e qualidade de vida dos idosos.<sup>(5)</sup> Os idosos percebem a sua qualidade de vida de diferentes formas, principalmente, por esse ser um período de grandes mudanças, limitações e preocupações. Como o início da aposentadoria, onde o indivíduo perde sua rotina de trabalho e tem seus rendimentos reduzidos, podendo trazer consigo problemas como a baixa autoestima. Com isso, cabe ao idoso procurar alternativas que o satisfaçam para seguir seu processo de envelhecimento da maneira mais saudável possível.<sup>(6)</sup>

O idoso como protagonista do seu envelhecimento e ator social da sua história, possui necessidades singulares, necessitando de cuidados em todos os âmbitos, seja ele saudável ou em processo de adoecimento.<sup>(7)</sup> Frente ao exposto, os profissionais de saúde, dentre eles a enfermagem, devem estar atentos para identificar as demandas e riscos desta população que está mais suscetível a doenças e depende de um cuidado humanizado da equipe de saúde, com uma assistência integrada e multiprofissional, garantindo a

melhoria da qualidade de vida e bem estar.<sup>(7,8)</sup> Ao considerar a importância de avaliar a qualidade de vida da população idosa, relacionando aspectos positivos e negativos e buscando melhorias para a qualidade de vida, bem como assistência para essa população, questiona-se: Qual é a qualidade de vida de idosos atendidos em uma Estratégia Saúde da Família conforme os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente?

Deste modo, o presente estudo apresenta como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos pertencentes ao território de uma Estratégia Saúde da Família do município de Santiago, Rio Grande do Sul.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa.

Este estudo foi desenvolvido na área de abrangência de uma ESF do município de Santiago, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. O município conta com onze ESFs que atendem a população urbana e dois pronto atendimentos, além de um hospital civil, centro oncológico, hospital militar, pronto socorro municipal, centro materno infantil e central de especialidade odontológica.

Participaram da presente pesquisa os idosos cadastrados na área de abrangência da ESF. Levou-se em consideração a população total de 627 idosos, com uma amostra mínima de 239 idosos, para uma amostra com 95% de confiança e 5% de erro.

Os critérios de inclusão foram ser idoso a partir dos sessenta anos de idade e residente na área de abrangência da ESF. Os critérios de exclusão foram os seguintes: o idoso encontrar-se hospitalizado; possuir limitação cognitiva que impedisse a compreensão das perguntas e consequentemente a possibilidade de respondê-las; e, realização de duas tentativas de visita sem sucesso de encontrá-los durante o período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2019, nos meses de agosto a outubro, por meio de entrevistas com dois questionários, sendo eles: Caracterização sociodemográfica, familiar e de saúde, e o Questionário WHOQOL *brief*, para avaliação da qualidade de vida.

A caracterização sociodemográfica, familiar e de saúde contemplou as seguintes variáveis: sociodemográfico: data de nascimento, sexo, estado civil, raça, situação atual de trabalho, escolaridade e renda; família: número de filhos, número de integrantes da casa e com quem reside; e saúde: uso de medicamentos contínuos, hipertensão, diabetes, exercício físico, etilismo, tabagismo, se possui cuidador, utiliza serviço da ESF e com qual profissional consulta (médico ou enfermeiro).

O questionário WHOQOL *brief* é constituído de 26 perguntas e as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). As duas primeiras questões são referentes à qualidade de vida em geral e as demais 24 facetas compõem quatro domínios que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.<sup>(9)</sup>

Inicialmente, antes da aplicação dos questionários, a pesquisadora foi à ESF coletar informações para o desenvolvimento da pesquisa, tais como, o número de idosos cadastrados na unidade, nomes e seus respectivos endereços.

Os questionários foram aplicados pela acadêmica pesquisadora, através de coleta domiciliar, com auxílio de acadêmicos do curso de enfermagem que foram capacitados previamente. O tempo de cada visita foi cerca de 30 minutos.

Os dados foram organizados em uma planilha do Excel e após foi realizada a análise estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS, versão 21. As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão, frequência absoluta e relativa de acordo com o tipo de variável. Para o nível de significância foi utilizado o teste de Tukey e o nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

Em relação ao questionário WHOQOL-*brief*, a análise ocorreu conforme a sintaxe específica para definição dos escores do instrumento. Os resultados serão em média (1 a 5) por domínio e por faceta. Em cada faceta deve-se somar os valores da entrevista (de 1 a 5) e dividir pelo número de participantes. O domínio físico é calculado pela soma dos valores das facetas dividido por 7; domínio psicológico: soma dos valores das facetas dividido por 6; domínio relações sociais: soma dos valores das facetas dividido por 3; domínio meio ambiente: soma dos valores das facetas dividido por 8.<sup>(9)</sup> E para melhor compreensão da qualidade de vida dos idosos, foi utilizada a escala Likert, proposta por Padrão (2009), dividida em cinco classes de igual tamanho: muito ruim (0-20); ruim (21-40); nem ruim nem boa (41-60); boa (61-80); muito boa (80-100).<sup>(10)</sup> Os resultados serão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o nº 3.520.218 do ano de 2019, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos, e a coleta de dados da pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Ao analisar as variáveis sociodemográficas, verificou-se que a maioria (64,4%) dos idosos são do sexo feminino e

sua média de idade foi de 71 anos (DP=8,35). A faixa etária que apresentou maior prevalência foi de 60 a 69 anos, com percentual de 41,4%. Quanto ao estado civil, a maioria (46,9%) são casados. A cor branca prevaleceu dentre os idosos em 86,6%. Quanto ao trabalho, 71,5% são aposentados. A variável escolaridade apresentou maior prevalência na categoria ensino fundamental completo (35,6%). As pessoas que não sabem ler nem escrever representaram 4,6% e 7,5% possuem ensino superior completo. E quanto à renda mensal, 26,8% recebem até um salário, 60,7% até dois salários, 11,7% de três a mais salários e 0,8% não possuem renda. A maioria (59,8%) possuem outra renda na residência (Tabela 1).

**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas e familiares de idosos atendidos

Variáveis	n(%)
<b>Idade</b>	
60 a 69	99(41,4)
70 a 79	92(38,5)
80 a 89	40(16,7)
90 ou mais	8(3,3)
Total	239(99,9)
<b>Sexo</b>	
Masculino	85(35,6)
Feminino	154(64,4)
<b>Estado civil</b>	
Casado	112(46,9)
Solteiro	25(10,4)
Divorciado	22(9,2)
Viúvo	76(31,8)
União Estável	4(1,7)
<b>Raça</b>	
Branca	207(86,6)
Negra	5(2,1)
Parda	27(11,3)
<b>Trabalho</b>	
Empregado	10(4,2)
Autônomo	20(8,4)
Desempregado	1(0,4)
Aposentado	171(71,5)
Auxílio-doença	4(1,7)
Beneficiário	16(6,7)
Do lar	17(7,1)
<b>Escolaridade</b>	
Sem escolaridade	11(4,6)
Ensino fundamental completo	85(35,6)
Ensino fundamental incompleto	73(30,5)
Ensino médio completo	38(15,9)
Ensino médio incompleto	11(4,6)
Ensino superior completo	18(7,5)
Ensino superior incompleto	3(1,3)
<b>Renda *</b>	
Não possui	2(0,8)
Até 1 salário mínimo	64(26,8)
Até 2 salários	145(60,7)
3 ou mais salários	28(11,7)
<b>Outra renda</b>	
Sim	143(59,8)
Não	96(40,2)

\* Valor do salário-mínimo no ano da pesquisa R\$998,00

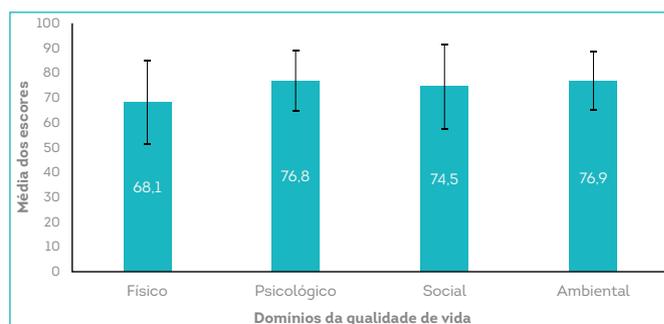
Em relação às variáveis familiares, 8% (n=19) dos idosos não possuem filhos, 18,8% (n=45) possuem um filho, 22,2% (n=53) dois filhos, 20,9% (n=50) três filhos e 30,1% (n=72) possuem quatro filhos ou mais. Sobre integrantes da casa, 25,1% (n=60) dos idosos residem sozinhos, 52,7% (n=126) possuem dois integrantes e 22,1% (n=53) possuem três ou mais integrantes na residência. Destes, 39,7% (n=95) residem com o cônjuge, 13,3% (n=32) residem com cônjuge e outros, 17,2% (n=41) residem com filhos e 5% (n=12) residem com outros. As variáveis referentes à saúde dos idosos serão elucidadas na tabela 2. Observou-se que a maioria (84,1%) dos idosos faz uso de medicamentos contínuos, 68,2% são hipertensos, 18,4% diabéticos, 50,6% realiza algum tipo de exercício físico, geralmente relacionado a caminhadas, apenas 1,7% referiram etilismo, 7,1% tabagismo e 3,8% dos idosos possuem cuidador. Quanto ao serviço da ESF (81,6%) referiram utilizar e destes, 72,8% consultam apenas com o médico, 3,1% com enfermeiro e 24,1% consultam com os dois profissionais (Tabela 2).

**Tabela 2.** Variáveis em relação à saúde de idosos atendidos

Variáveis	n(%)
<b>Medicamentos contínuos</b>	
Sim	201(84,1)
Não	38(15,9)
<b>Hipertensão</b>	
Sim	163(68,2)
Não	76(31,8)
<b>Diabetes</b>	
Sim	44(18,4)
Não	195(81,6)
<b>Exercício físico</b>	
Sim	121(50,6)
Não	118(49,4)
<b>Etilismo</b>	
Sim	4(1,7)
Não	235(98,3)
<b>Tabagismo</b>	
Sim	17(7,1)
Não	222(92,9)
<b>Possui cuidador</b>	
Sim	9(3,8)
Não	230(96,2)
<b>Utiliza ESF</b>	
Sim	195(81,6)
Não	44(18,4)
<b>Consulta com</b>	
Médico	142(2,8)
Enfermeiro(a)	6(3,1)
Médico/enfermeiro(a)	47(24,1)

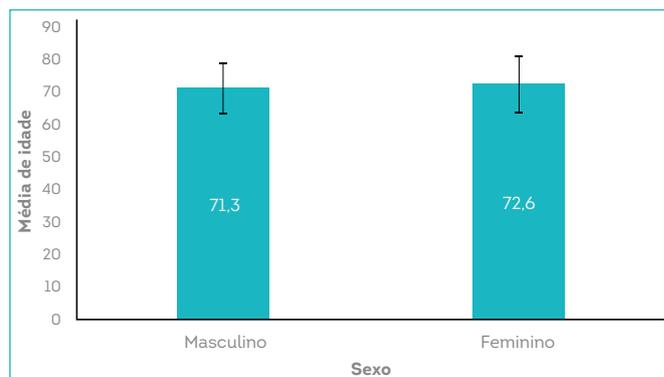
A avaliação da Qualidade de Vida dos 239 idosos ocorreu por meio da aplicação do questionário WHOQOL-bref. Através da análise dos dados, verificou-se que a média geral de qualidade de vida dos 239 idosos que participaram da pesquisa foi de 75,7 (DP=2,9). Ao analisar as questões em seus respectivos domínios, verificou-se que no domínio

físico a média de QV é de 68,1 (DP=16,8). O domínio psicológico apresentou uma média de QV de 76,8 (DP=12,1). No domínio relações sociais, a média de QV foi de 74,5 (DP=17,1). O domínio meio ambiente apresentou uma média de QV de 76,9 (DP=11,6). Os escores da qualidade de vida no domínio físico diferem significativamente dos demais escores pelo teste de Tukey ( $p < 0,01$ ) (Figura 1).



**Figura 1.** Média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida dos idosos atendidos

Todos os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente apresentaram uma QV boa. Portanto, na média geral de QV dos idosos, incluindo todos os domínios, obteve-se uma QV boa. Ao correlacionar a qualidade de vida dos idosos em relação ao sexo e idade, obteve-se um escore de 71,3% para o sexo masculino e 72,6% ao feminino. Não há diferença estatística significativa nos escores de qualidade de vida nos quatro domínios analisados entre homens e mulheres. Contudo há diferença estatística significativa nas médias dos escores do domínio físico com os demais domínios, tanto nos homens quanto nas mulheres (Figura 2).



**Figura 2.** Média de qualidade de vida em relação à idade e sexo dos idosos atendidos

## DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos deste estudo permitiram evidenciar que há predomínio de idosos do sexo feminino com média de idade de 71 anos. Estudo desenvolvido com 257

idosos, usuários do Centro de Referência em Minas Gerais encontrou que a maioria era do sexo feminino (82,5%) com média de 70,8 anos de idade.<sup>(2)</sup> Em outro estudo com 216 idosos, conduzido no ambulatório de especialidades de um hospital de ensino no Paraná, também houve predomínio do sexo feminino (54,2%), com média de idade de 67,9 anos.<sup>(11)</sup> Tais pesquisas corroboram com os achados deste estudo e com a literatura que aponta a feminização da velhice como característica do envelhecimento populacional.<sup>(12)</sup>

Em relação a variável escolaridade, 35,6% dos idosos possuem ensino fundamental completo. Estudo realizado com 98 idosos vinculados à uma UBS em Goiás, 57,1% apresentaram ensino fundamental completo.<sup>(13)</sup> Em análise com 30 idosos frequentadores de grupos sociais em Piratuba SC, 83,33% apresentaram ensino fundamental incompleto.<sup>(6)</sup> Evidencia-se a presença de baixa escolaridade dentre os idosos no Brasil, que geralmente leva ao déficit cognitivo no idoso, influenciando negativamente em sua qualidade de vida.<sup>(11)</sup>

Quanto à renda mensal, 60,7% dos idosos recebem até dois salários, aproximando-se do estudo com 98 idosos vinculados à uma UBS em Goiás, onde 86,7% possuíam renda de 1 a 3 salários mínimos<sup>1)</sup> e difere do estudo com 62 idosos em um laboratório de geriatria em São Paulo, no qual 66,13% recebiam um salário mínimo.<sup>(14)</sup>

Constatou-se que 25,1% dos idosos residem sozinhos, caracterizando um fato preocupante. Os idosos em suas residências unipessoais apresentam mais vulnerabilidade a quedas e problemas de saúde, em consequência da falta de apoio e acompanhamento diário.<sup>(15)</sup>

Grande parte dos idosos deste estudo (84,1%), faz uso de medicamentos contínuos, semelhante ao estudo desenvolvido com 761 idosos de uma ESF em Porto Alegre, com prevalência de 85% sobre o uso contínuo de medicamentos.<sup>(16)</sup> Em relação às doenças crônicas, 68,2% afirmaram ser hipertensos e 18,4% diabéticos. Concomitante com estudos realizados em Minas Gerais, onde 63,4% dos idosos eram hipertensos e 23,7% diabéticos e Goiás, 60,2% hipertensos e 26,5% diabéticos.<sup>(2,13)</sup> A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as patologias crônicas mais comuns entre os idosos<sup>(17)</sup> e as equipes de saúde devem realizar as orientações necessárias para a prevenção de complicações referentes e estas doenças, incentivando a população a mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis.<sup>(14)</sup>

A maioria dos idosos deste estudo (50,6%) realiza algum tipo de exercício físico. O que difere de estudo realizado com 361 idosos pertencentes à ESFs em Minas Gerais, onde 60,1% dos idosos relataram não realizar nenhum tipo de atividade física.<sup>(18)</sup> E a pesquisa desenvolvida com 125 idosos

cadastrados no programa Hiperdia no Maranhão, na qual 58,40% eram considerados sedentários.<sup>(19)</sup>

Em geral, 81,6% dos idosos referiram utilizar o serviço da ESF, dado que demonstra a efetividade da atenção primária à saúde. A ESF surge como porta de entrada aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), é o serviço de saúde mais próximo da população, onde se estabelece o vínculo.<sup>(20)</sup> e mediante atuação da equipe multiprofissional busca-se garantir a resolutividade na assistência ao idoso e a população geral.<sup>(21)</sup>

Em relação ao questionário WHOQOL *brief*, obteve-se uma qualidade de vida boa em todos os domínios: físico psicológico, relações sociais e meio ambiente, com um menor escore no domínio físico: 68,1 e média geral da QV de 75,7 (DP=2,9). Aproxima-se com estudo conduzido com 1691 idosos residentes na área urbana de um município de Minas Gerais, com uma QV boa em todos os domínios, porém o estudo alcançou o menor escore no domínio meio ambiente: 60,39 e não trouxe a média geral.<sup>(22)</sup> Em estudo realizado com idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa em Belo Horizonte, obteve-se uma QV boa nos domínios físico, psicológico e relações sociais e uma QV muito ruim no domínio meio ambiente, com escore geral da QV de 52,57 (DP=7,74).<sup>(2)</sup> Ao avaliar a qualidade de vida de idosos não institucionalizados do município de Santa Juliana-MG, observou-se uma QV boa nos domínios psicológico e relações sociais e QV nem ruim nem boa nos domínios físico e meio ambiente, com escore geral da QV de 65,93 (DP=18,43).<sup>(23)</sup> Portanto, percebe-se que o presente estudo apresentou a maior média geral de QV, comparado com os demais.

Ao apresentar diferença estatística significativa do domínio físico com os demais domínios, tanto nos homens quanto nas mulheres, observa-se que uma parte dos idosos apresentou problemas em relação à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho, conforme itens avaliados neste domínio.<sup>(9)</sup> Com o envelhecimento, o idoso tende a ter seus rendimentos reduzidos, estudos indicam que a atividade física, se realizada adequadamente, retarda as perdas funcionais e proporciona ao idoso maior autonomia, aprimorando sua qualidade de vida principalmente no domínio físico.<sup>(2)</sup>

O domínio meio ambiente apresentou o maior escore: 76,9, considera-se então, que a maioria dos idosos referiram possuir segurança física e proteção; ambiente físico adequado; recursos financeiros; disponibilidade e qualidade em relação a cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; oportunidades de recreação/lazer e transporte, conforme itens avaliados

pelo domínio.<sup>(9)</sup> Por meio da visita domiciliar, a equipe de saúde pode adquirir conhecimento da área de abrangência e então definir metas para minimizar o impacto do meio ambiente na qualidade de vida do idoso, quando existente.<sup>(2)</sup>

O domínio psicológico apresentou escore de 76,8 entre os idosos. Estudo desenvolvido no interior de Minas Gerais apresentou escore de 65,87, em Belo Horizonte 64,05 e em Santa Juliana - MG 66,82.<sup>(22,23)</sup> De acordo com a literatura, a espiritualidade demonstra-se significativa entre os idosos, muitos encontram amparo por meio de suas crenças e religiões, resultando em benefícios para a saúde mental.<sup>(24)</sup>

Quanto ao domínio relações sociais, obteve-se escore de 74,5 entre os idosos. Estudo realizado em Santa Juliana - MG obteve média de 71,19 e em Belo Horizonte 68,2, ambos apresentaram maiores escores neste domínio.<sup>(20-22)</sup> O idoso que participa de grupos sociais além de estar mais inserido na comunidade, desenvolve sua qualidade de vida de forma mais ativa e saudável.<sup>(6)</sup> Nesta perspectiva, destaca-se que a avaliação da qualidade de vida é um modelo multidimensional e pode ser proposto como indicador de saúde, sua avaliação reflete em possíveis ações a serem realizadas para promoção da saúde dos idosos.<sup>(20)</sup>

O fato deste estudo ter sido desenvolvido em uma realidade específica limita a generalização dos resultados e reforça a ideia de que realização da avaliação da qualidade de vida dos idosos deve ocorrer em outras ESFs do município estudado. Salienta-se que este estudo foi realizado em apenas uma ESF do município em virtude do prazo que a pesquisadora possuía para a realização da coleta de dados (de apenas dois meses). Este trabalho é fruto de um Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem.

Em vista do envelhecimento acelerado da população, cabe destacar que o Brasil logo irá tornar-se um país idoso, e esses indivíduos necessitam gradativamente de um cuidado ampliado e constante. Assim, a construção desta pesquisa demonstra a importância da avaliação da qualidade de vida dos idosos por meio do questionário WHOQOL

*bref*, evidenciando dados importantes em relação as facetas avaliadas nos domínios: físico, psicológico, ambiental e relações sociais. Estes dados representam subsídios para os profissionais da atenção básica, bem como para os estudantes dos cursos da área da saúde promoverem ações de promoção da qualidade de vida de idosos.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria das pessoas idosas é do sexo feminino, casada, aposentada, com baixa escolaridade, renda intermediária, hipertensa, ativa e com grande vínculo ao ESF. Por meio do questionário WHOQOL *bref* foi possível constatar que a qualidade de vida geral dos idosos foi avaliada como boa, contemplando todos os domínios (físico, psicológico, ambiental e relações sociais). O domínio físico apresentou um menor escore comparado aos demais, portanto, sugere-se o desenvolvimento de ações pela ESF para ampliar esse índice e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população idosa. Com isso, observa-se a importância da aplicação do questionário WHOQOL *bref*, onde foi possível delimitar a subjetividade de cada idoso, bem como suas dificuldades, necessidades e potencialidades. Estes dados representam subsídios para o planejamento e eficácia do serviço de saúde, e propõe-se que outras ESFs apliquem o questionário a fim de promoverem ações para promoção da qualidade de vida dos idosos.

## Contribuições

TSR: Concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação. CM: Desenho do estudo; análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. PBTG: Revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. RBE: Revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada. CR: Análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil. Rio de Janeiro. Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2018. [citado 2020 novembro 20]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>
2. Miranda LC, Soares SM, Silva PA. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(11): 3533-44.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasil. Rio de Janeiro. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões [Internet]. Brasília (DF): IPEA; 2016. [citado 2019 maio 20]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28693](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693)
4. Brasil, Leis, Decretos. Senado Federal. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso [internet]. 5 de abril de 2019. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/530232>
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [internet]. Genebra: OPAS; 2015. [citado 2019 abril 20]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO2015-port>

6. Schreiner J, Saccol M. Qualidade de vida na terceira idade: o envelhecer na percepção de um grupo de idosos na cidade de Piratuba, SC. *Pesqui Psicol*. 2015;201-13.
7. Borges CL, Freitas MC, Guedes MV, Silva MJ, Leite SF. Prática clínica do enfermeiro no cuidado ao idoso fragilizado: estudo de reflexão. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(2):914-8.
8. Araújo VO, Almeida GB. Representação social de idosos institucionalizados sobre os benefícios e malefícios das vacinas. *Enferm Foco*. 2019;10(2):131-5.
9. Fleck MP, Louzada SN, Xavier MK, Chachamovich E, Vieira GM, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2019;34(2):178-83.
10. Padrão M, Sens YA. Quality of life of living kidney donors in Brazil: an evaluation by the short form-36 and the WHOQOL-bref questionnaires. *Clin Transplant*. 2009;23(5):621-7.
11. Grden CR, Rocha JH, Cabral LP, Souza JA, Reche PM, Borges PK. Fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental: estudo transversal. *Online Braz J Nurs*. 2017;16(2):170-8.
12. Egydio L. Do Feminismo à feminização: gênero e envelhecimento em uma sociedade em transformação. *Revista Portal de Divulgação*. 2017;8(54):35-49.
13. Oliveira BC, Barbosa NM, Lima MS, Guerra HS, Neves CM, Avelar JB. Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30(3):1-10.
14. Esteves M, Vendramini SH, Santos ML, Brandão VZ, Soler ZA, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina*. 2017;50(1):18-28.
15. Barbosa MD, Lucena TF, Macuch RS. "Caiu, tchau e bença": os sentimentos, comportamentos e soluções de idosos após a queda em residências unipessoais. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017;11(3):1-16.
16. Andrade CP, Engroff P, Sgnaolin V, Gomes I, Terra NL. Perfil do uso de medicamentos por idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. *Saúde (Santa Maria)*. 2019;45(2):1-13.
17. Oliveira MS, Almeida GB, Chagas DN, Salazar PR, Ferreira, L. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(3):490-503.
18. Sousa AA, Martins AM, Silveira MF, Coutinho WL, Freitas DA, Vasconcelos EL, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Health Sciences*. 2018;43(1):14-24.
19. Chaves AS, Santos AM, Alves MT, Salgado Filho N. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):545-56.
20. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG, Faria CD, Cardoso CL, et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1705-16.
21. Moreschi C, Rempel C, Backes DS, Pombo CN, Siqueira DF, Pissaia LF. Ações das equipes da esf para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. *Ciênc Cuid Saúde*. 2018;17(2):1-8.
22. Tavares DM, Matias TG, Ferreira PC, Pegorari MS, Nascimento JS, Paiva MM. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3557-64.
23. Reis SP, Abrahão GS, Côrtes RM, Carvalho EE, Abdalla DR, Abdalla GK, et al. Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados. *J Ciênc Bioméd Saúde*. 2015;1(2):56-60.
24. Soares AS, Amorim MI. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2015;(Ed. Esp. 2):45-51.

# BOAS PRÁTICAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

GOOD PRACTICES IN INTRAVENOUS DRUGS ADMINISTRATION

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

Giovanna da Silva Ferreira<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4131-7691>)

Jeanine Geraldin Estequi<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-3594-2546>)

Camila Eugenia Roseira<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-9114-6579>)

Raissa Silva Souza<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5010-763X>)

Rosely Morales de Figueiredo<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-0131-4314>)

## Descritores

Infecções relacionadas a cateter;  
Cuidados de enfermagem; Infusões  
intravenosas; Segurança do  
paciente

## Descriptors

Catheter-related infections;  
Nursing care; Infusions intravenous;  
Patient safety

## Descriptores

Infecções relacionadas a cateter;  
Atención de enfermería; Infusiones  
intravenosas; Seguridad del  
paciente

## Recebido

29/04/2020

## Aceito

09/02/2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Jeanine Geraldin Estequi  
E-mail: je.geraldini@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a operacionalização das boas práticas de controle e prevenção de infecção de corrente sanguínea durante o preparo e administração de medicamentos em cateter venoso periférico, realizados pela equipe de enfermagem.

**Métodos:** Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, onde foram observadas 371 administrações de medicamentos endovenosos, no período entre novembro de 2018 e janeiro de 2019, em hospital de grande porte em cidade no interior do estado de São Paulo. Os dados foram coletados em quatro etapas distintas e analisados por estatística descritiva.

**Resultados:** Identificou-se fragilidades na distribuição de insumos e na adoção de medidas de prevenção e controle de infecção, ressaltando-se a baixa adesão ao *flushing*, à higienização das mãos e à limpeza e desinfecção de superfícies e objetos.

**Conclusão:** A operacionalização das evidências científicas relacionadas às boas práticas de controle e prevenção de infecção de corrente sanguínea apresentou hiatos na prática assistencial.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the operationalization of good practices in bloodstream infection control and prevention during the preparation and administration of drugs in peripheral venous catheters, performed by the nursing team.

**Methods:** A descriptive-exploratory study, with a quantitative approach, in which 371 administrations of intravenous drugs were observed, between November 2018 and January 2019, in a large hospital in city located in the state of São Paulo. Data were collected in four different stages and analyzed using descriptive statistics.

**Results:** Weaknesses were identified in the distribution of inputs and in the adoption of infection prevention and control measures, highlighting the low adherence to flushing, hand hygiene and the cleaning and disinfection of surfaces and objects.

**Conclusion:** The operationalization of scientific evidence related to good practices in bloodstream infection control and prevention showed gaps in care practice.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la operacionalización de buenas prácticas de control y prevención de infecciones del torrente sanguíneo durante la preparación y administración de medicamentos en un catéter venoso periférico, realizado por el equipo de enfermería.

**Métodos:** Estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cuantitativo, en el que se observaron 371 administraciones de drogas intravenosas, entre noviembre de 2018 y enero de 2019, en un gran hospital de la ciudad ubicada en el estado de São Paulo. Los datos se recopilaron en cuatro etapas diferentes y se analizaron mediante estadísticas descriptivas.

**Resultados:** Se identificaron debilidades en la distribución de insumos y en la adopción de medidas para la prevención y el control de infecciones, destacando la baja adherencia al enrojecimiento, la higiene de las manos y la limpieza y desinfección de superficies y objetos.

**Conclusión:** La operacionalización de la evidencia científica relacionada con las buenas prácticas para el control y la prevención de la infección del torrente sanguíneo mostró lagunas en la práctica asistencial.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil

## Como citar:

Ferreira GS, Estequi JG, Roseira CE, Souza RS, Figueiredo RM. Boas práticas na administração de medicamentos endovenosos. *Enferm Foco*. 2021;12(1):100-4.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3454

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a infecção de corrente sanguínea (ICS) pode agregar complicações à doença de base do paciente prolongando o período de hospitalização e propiciando maior risco à sua saúde, além de elevar os custos da assistência.

<sup>(1)</sup> Esta é a infecção associada a cuidados em saúde de maior potencial preventivo, sendo que cerca de 70% dos casos poderiam ser prevenidos com adoção de medidas adequadas, como adesão aos *bundles* de boas práticas propostas pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI) e às recomendações da Agência Nacional de Vigilância a Saúde (ANVISA).<sup>(2)</sup>

A ICS pode estar associada à infusão de soluções contaminadas durante o processo de medicação endovenosa (EV), ou ainda instalação e manuseio de cateter, atividades essas muito frequentes no cotidiano da equipe de enfermagem.<sup>(3)</sup> Em vista disso foram elaboradas recomendações muito precisas para prevenção de infecções durante todo esse processo.<sup>(2)</sup>

Particularmente as ICS associadas ao cateter venoso periférico (CVP) necessitam ser melhor investigadas uma vez que a incidência de bacteremias secundárias é comum nessa situação, além do uso do deste dispositivo ser numericamente superior ao cateter central.<sup>(4)</sup>

Nota-se que sempre que novas recomendações são elaboradas nem sempre alcançam a prática de modo oportuno, sendo muitas vezes implementada de forma heterogênea até em um mesmo serviço.<sup>(5,6)</sup>

De modo geral, essas evidências científicas são transpostas ao cotidiano dos serviços de saúde por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que são documentos institucionais contendo instruções detalhadas de como realizar um determinado procedimento naquele serviço.<sup>(7)</sup> A implementação do POP, na prática, requer disponibilidade de recursos institucionais de diferentes naturezas e não apenas a sua institucionalização. É necessário que sejam feitas adequações em termos de insumos disponíveis, que esses documentos sejam amplamente divulgados e os profissionais qualificados para a aplicação dessas melhores evidências científicas no contexto da prática.<sup>(8)</sup>

Diante do exposto, este estudo visa analisar a operacionalização das boas práticas de controle e prevenção de ICS durante o preparo e administração de medicamentos em CVP, realizados pela equipe de enfermagem. Acredita-se que dessa forma se possa avaliar o alinhamento entre o conteúdo dos POP e as práticas assistenciais.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa.

Estudo realizado nos serviços de clínica médica e clínica cirúrgica, que perfazem 88 leitos, de um hospital de grande porte em cidade no interior do Estado de São Paulo.

Para a determinação do número de participantes, inicialmente foi observado o processo de trabalho e estrutura das unidades, identificado o número e categoria de profissionais de enfermagem por plantão, o tipo de turno e a padronização dos horários de medicações. Esta etapa foi essencial para o planejamento das observações e para a consolidação do instrumento de coleta de dados.

Constatou-se a presença de 73 profissionais, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dispostos em plantão de 12/36. Esta etapa foi importante para o planejamento das observações dos procedimentos e para a consolidação do instrumento de coleta de dados.

Todos os 73 profissionais foram convidados, sendo que 33 aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2018 e janeiro de 2019 e foi desenvolvida em quatro etapas.

A primeira contou com a identificação de como ocorre a dispensação de insumos, pela farmácia da instituição, diante a prescrição de medicamentos EV. Para isso foi realizada uma entrevista com o farmacêutico responsável.

A segunda baseou-se na análise das prescrições médicas visando identificar os medicamentos EV prescritos (grupos farmacológicos) e sua distribuição.

A terceira etapa, contou com uma análise dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da instituição referente à administração de medicamentos EV, visando identificar a compatibilidade entre o procedimento adotado na instituição e as recomendações da ANVISA<sup>2</sup>.

Por fim, a quarta etapa, foi realizada por meio de observação da administração de medicamentos EV executadas pelos participantes do estudo. Para o estabelecimento do número de observações necessárias foi utilizado o software OpenEpi<sup>(9)</sup> que indicou um mínimo de 371 procedimentos a serem observados. Utilizou-se um roteiro baseado nas recomendações da ANVISA<sup>2</sup>, composto por 18 itens relacionados ao procedimento de preparo e administração de medicamentos por via EV para a observação.

Os dados foram computados e armazenados utilizando o programa Microsoft Excel, versão 2016<sup>®</sup> para posterior análise por estatística descritiva.

O estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde,<sup>(10)</sup> sendo realizado após a obtenção da autorização da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, sob o parecer N<sup>o</sup> 2.422.417. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados segundo as etapas da coleta de dados da pesquisa.

### Etapa 1: Dispensação de medicamentos:

Em entrevista com o farmacêutico responsável da instituição, indicou-se que a prescrição realizada pela equipe médica era acessada pela farmácia por meio de sistema informatizado e os kits (medicamentos + insumos) confeccionados conforme padronização da instituição, em doses unitárias. Identificou-se que os itens utilizados para *flushing* (seringa + solução salina) não eram disponibilizados nos kits e deveriam ser solicitados individualmente, por sistema informatizado, pela equipe de enfermagem.

### Etapa 2: Prescrições de medicamentos endovenosos (EV).

Nesta etapa foram identificados os medicamentos prescritos por via EV, durante o período de estudo, totalizando 455 itens. Após, foram divididos em 8 itens para melhor visualização, como mostra a tabela 1.

**Tabela 1.** Grupos farmacológicos dos medicamentos endovenosos utilizados na instituição no período de estudo

Grupo farmacológico	n(%)
Analgésicos	134(29,5)
Antipiréticos	73(16,0)
Antieméticos	62(13,6)
Antibióticos	58(12,7)
Soluções	41(9,0)
Anti-inflamatório	39(8,6)
Protetores gástricos	30(6,6)
Outros	18(4,0)

### Etapa 3: Procedimento Operacional Padrão (POP) institucional.

Durante averiguação do POP institucional identificou-se itens de contextualização, objetivo do protocolo, orientações gerais, materiais necessários – onde havia orientações sobre os tipos de dispositivos vasculares – e recomendações para cada tipo de cateter. Diante disso, focou-se apenas nos itens com atribuições referentes a inserção, estabilização e manutenção do cateter venoso periférico (CVP).

O POP institucional apresentava dados relevantes de contextualização sobre infecções relacionadas ao uso de cateteres vasculares, como a influência do local do acesso, dos materiais de fabricação do dispositivo e da quantidade de lúmens. Ainda, o protocolo abordava a racionalização da utilização do dispositivo vascular como estratégia para a redução de infecções, enfatizando a conscientização da equipe hospitalar sobre os riscos inerente dos procedimentos e a importância da adesão às medidas de controle, destacando-se a higienização das mãos.

As orientações gerais sobre os procedimentos de inserção, estabilização e manutenção do cateter que apresentadas no POP institucional permeavam sobre os aspectos de higienização das mãos (HM), orientações sobre a limpeza do local de inserção do dispositivo e tipos de cobertura e sobre uso de luva estéril para a manipulação e a avaliação diária.

Destacou-se a orientação para a realização do *flushing* que, diferentemente das orientações da ANVISA,<sup>(2)</sup> indicava que fosse executada apenas após a inserção do CVP para verificação do refluxo sanguíneo antes do uso do dispositivo vascular.

### Etapa 4: Prática de administração de medicamentos endovenosos.

Esta etapa contou com a observação de 385 processos de administração de medicação EV realizadas pelos 33 profissionais que aceitaram participar do estudo (Tabela 2). Ressalta-se que alguns pacientes se recusaram a receber medicação EV, finalizando a observação naquele no momento da recusa e ocasionando a diminuição dos números de observações.

**Tabela 2.** Adesão às boas práticas de administração de medicamentos EV por profissionais de enfermagem de um hospital de cidade do interior paulista

Procedimento observado	n° de oportunidades (Taxa de adesão) n(%)
HM antes do preparo da medicação	385(31,68)
Higienização da bancada	385(2,07)
Higienização da bandeja	385(21,55)
Higienização prévia das ampolas	385(8,31)
Aspiração de forma asséptica	385(17,66)
Preparo de seringa para <i>flushing</i>	385(8,05)
HM após o preparo da medicação	385(17,14)
Uso de luvas de procedimento	378(70,89)
Higienização de conectores	374(12,29)
Proteção das tampinhas	374(54,01)
<i>Flushing</i> pré administração	374(10,69)
<i>Flushing</i> entre administrações	374(2,40)
<i>Flushing</i> pós administração	374(4,81)
Manuseio asséptico de conectores	374(54,81)
Remoção de luvas logo após	374(68,98)
HM após remoção de luvas	374(3,47)
Descarte resíduos	374(92,51)
HM após descarte de resíduos	374(24,86)

## DISCUSSÃO

A dispensação de medicamentos é uma etapa do processo medicamentoso que consiste na distribuição de insumos de acordo com a prescrição médica.<sup>(11)</sup> A farmácia da instituição do presente estudo, utilizava o sistema unidose e um sistema informatizado. Este tipo de distribuição disponibiliza os medicamentos prontos para uso e é a mais

recomendada nos estabelecimentos de saúde pois diminuem as chances de erros.<sup>(12)</sup>

Avaliando-se a composição dos *kits* dispensados pela farmácia notou-se que não contemplavam os materiais necessários à realização do *flushing* para todos os momentos preconizados pela ANVISA<sup>2</sup>, o que pode contribuir para a omissão da sua execução em todas as etapas previstas.

Torna-se preocupante este cenário visto que na Etapa 2 deste estudo encontrou-se uma variedade de grupos medicamentosos, muitas vezes administrados no mesmo paciente e no mesmo horário, e a irregularidade do *flushing* colabora para possíveis eventos adversos relacionados à incompatibilidade entre medicamentos e infusão incompleta da dose administrada, além de diminuir a permeabilidade e durabilidade do cateter venoso.<sup>(13)</sup> Estas adversidades podem ocasionar aumento do tempo de internação do paciente e de custos hospitalares.<sup>(14)</sup>

Nesse sentido, o POP institucional entra como importante ferramenta para padronizar as orientações de realização do *flushing*. Estudo realizado por Braga<sup>15</sup> também evidenciou a falta de padronização e orientações em POP institucional relacionados ao cumprimento de realização do *flushing* e as consequências geradas na prática.

As lacunas encontradas no POP institucional deste estudo podem explicar os achados que apontam falhas na realização do *flushing* e se assemelham a outros estudos dessa natureza,<sup>(15,16)</sup> entretanto, não justificam a baixa adesão em outros procedimentos observados, como a HM e a limpeza e desinfecção de superfícies e objetos, visto que eram itens abordados no POP institucional e nas recomendações da ANVISA.<sup>(2)</sup>

A HM constitui-se como ação simples para a prevenção e controle das IRAS sendo considerada forte indicador de qualidade da assistência<sup>(17)</sup> e desde 2005 a Organização Mundial da Saúde, por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, tem adotado estratégias para a implementação de medidas visando sua adesão.<sup>(18)</sup> Apesar da ampla divulgação de informações quanto à efetividade da HM como meio de prevenção das IRAS, a adesão dos profissionais a esta prática ainda é baixa, como mostram diversos estudos.<sup>(19-22)</sup>

Outro processo que ainda apresenta falhas durante a prática se refere à limpeza e desinfecção de superfícies e objetos, como ficou evidenciado nesta pesquisa, destacando-se a limpeza e desinfecção das bancadas e bandejas, das ampolas de medicação e dos conectores do CVP.

A limpeza e desinfecção de superfícies e objetos são essenciais para a redução de cargas ambientais, pois do contrário o profissional pode invalidar o efeito da HM e

transferir patógenos oriundos das superfícies e objetos contaminados até o paciente. Além disso, a literatura aponta que dentre os cinco momentos preconizados para HM, o momento “após tocar em superfícies e objetos próximos ao paciente” é o que possui menores taxas de adesão.<sup>(23)</sup> Portanto, manter as superfícies ambientais em condições sanitárias suficientes é imprescindível para impedir a propagação de microrganismos, configurando-se uma das principais estratégias para se prevenir IRAS como a ICS.

Ressalta-se que os dados obtidos se referem a uma única instituição e, embora em consonância com a literatura atual, não podem ser extrapolados.

Este estudo mostra a importância da manutenção dos protocolos atualizados e da sua adequada implementação. Acredita-se que os achados apontados podem direcionar intervenções institucionais, além de propiciar pesquisas futuras, em particular que apontem estratégias bem-sucedidas para ampliar a adesão às boas práticas na administração de medicamentos endovenosos pela equipe de enfermagem.

## CONCLUSÃO

Foi possível analisar as práticas assistências da equipe de enfermagem associadas ao preparo e administração de medicamentos endovenosos, em cateter venoso periférico, relacionando-as com as evidências científicas das boas práticas de controle e prevenção de infecção de corrente sanguínea. O estudo apontou baixa adesão à higienização das mãos e à limpeza e desinfecção de superfícies e ampolas, desinfecção de conectores e realização de *flushing*. Identificou-se ainda que os insumos para a realização do *flushing* não são automaticamente previstos e disponibilizados pela farmácia, o que pode colaborar com sua baixa taxa de realização.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

## Contribuições

GSF: Coleta, análise e interpretação dos dados; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; JGE: Coleta, análise e interpretação dos dados; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; CER: Coleta, análise e interpretação dos dados; Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; RSS: Concepção e/ou desenho do estudo; RMF: Redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes MS, Fernandes MS, Nogueira HK, Pontes FS, Góes AC, Oliveira DF. Bundle for the prevention of bloodstream infection. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(1):1-8.
2. Ministério da Saúde (BR). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2ª ed. Brasília: ANVISA; 2017.
3. Estequi JG, Roseira CE, Jesus JA, Figueiredo RM. Boas práticas na manutenção do cateter endovenoso periférico. *Enferm Foco*. 2020. No prelo.
4. Vieira GB. Terapia infusional por cateteres venosos periféricos em idosos hospitalizados. Santa Catarina. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.
5. Barros FE, Soares E, Teixeira ML, Branco EM. Controle de infecções a pacientes em precaução de contato. *Rev Enferm UFPE online*. 2019;13(4):1081-9.
6. Alvim AL, Santos FC, Barros FE, Soares E, Teixeira ML, Branco EM. Controle de infecções a pacientes em precaução de contato. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2017;7:e1333.
7. Standler GP, Lunardi VL, Leal SM, Mancia JR, Alves PR, Viegas K. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva: implementação de protocolo de banho no leito para pacientes adultos críticos. *Enferm Foco*. 2019;109-14.
8. Pereira LR, Carvalho MF, Santos JS, Machado G, Maia MAC, Andrade RD. Avaliação de procedimentos operacionais padrão implantados em um serviço de saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2017;24(4):47-51.
9. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open source epidemiologic statistics for public health, version. 2015.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 2012.
11. Sartor VB, Freitas SF. Model for the evaluation of drug-dispensing services in primary health care. *Rev Saude Pública*. 2014;48(5):827-36.
12. Freire IL, Santos FR, Barbosa JS, Silva BC, Silva IS, Freitas AA. Conhecimento e atuação dos profissionais da farmácia sobre a dispensação dos medicamentos. *Arch Health Sci*. 2019;26(2):141-5.
13. Infusion Nurses Society. Infusion therapy standards of practice. *J Infus Nurs*. 2016;39(1S):S1-160.
14. Basile LC, Santos A, Stelzer LB, Alves RC, Fontes CM, Borgato MH, et al. Incident analysis occurrence related to potentially dangerous medicines distributed in teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(Esp):e20180220.
15. Braga LM, Parreira PM, Arreguy-Sena C, Carlos DM, Mónico LS, Henriques MA. Incidence rate and the use of flushing in the prevention of obstructions of the peripheral venous catheter. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(4):e2810017.
16. Oliveira AS, Costa PJ, Graveto JM, Costa FJ, Osório NI, Cosme AST, et al. Nurses' peripheral intravenous catheter-related practices: a descriptive study. *Rev Enferm Referencia*. 2019;21:111-22.
17. Llapa-Rodriguez EO, Oliveira JK, Menezes MO, Silva LD, Almeida DM, Neto DL. Health professionals' adherence to hand hygiene. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(6):1578-85.
18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2007.
19. Silva DM, Marques BM, Galhardi NM, Orlandi FS, Figueiredo RM. Hands hygiene and the use of gloves by nursing team in hemodialysis service. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):1963-9.
20. Sakihama T, Kayauchi N, Kamiya T, Saint S, Fowler KE, Ratz D, et al. Assessing sustainability of hand hygiene adherence 5 years after a contest-based intervention in 3 Japanese hospitals. *Am J Infect Control*. 2020;48(1):77-81.
21. Lenglet A, Deursen B, Viana R, Abubakar N, Hoare S, Murtala A, et al. Inclusion of Real-Time Hand Hygiene Observation and Feedback in a Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy in Low-Resource Settings. *JAMA*. 2019;2(8):e199118.
22. Baek EH, Kim SE, Kim DH, Cho OH, Hong SI, Kim S. The difference in hand hygiene compliance rate between unit-based observers and trained observers for World Health Organization checklist and optimal hand hygiene. *Int J Infect Dis*. 2020;90:197-200.
23. Coelho HP, Santos IRA, Nascimento CM, Carvalho AB, Simão CE, Oliveira OP, et al. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;(39):e2169.

# MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESÃO POR PRESSÃO REALIZADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE TERAPIA INTENSIVA

PRESSURE ULCER PREVENTIVE MEASURES PERFORMED IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITS

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LESIONES POR PRESION REALIZADAS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Bruna Amato Jordão Pinto<sup>1</sup>

Dóris Sílvia Barbosa de Souza<sup>1</sup>

Bruna Cury Borim<sup>1</sup>

Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-2163-2838>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5750-5198>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4341-0037>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1016-0484>)

## Descritores

Prevenção & controle; Enfermagem;  
Pediatria; Lesão por pressão;  
Unidades de terapia intensiva;  
Educação continuada

## Descriptors

Prevention & control; Nursing;  
Pediatrics; Pressure ulcer; Intensive  
care units; Education continuing

## Descriptores

Prevenición & control; Enfermería;  
Pediatria; Úlcera por presión;  
Unidades de cuidados intensivos;  
Educación continua

## Recebido

28 de Abril de 2020

## Aceito

10 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Bruna Amato Jordão Pinto

E-mail: bruninha.aj@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar medidas aplicadas pela enfermagem para prevenir Lesões Por Pressão (LPP) em pacientes de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, antes e após treinamento.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal, desenvolvido em um hospital de nível terciário. A amostra foi composta por 118 pacientes. A coleta de dados foi realizada no formato de checklist de acordo com 3 variáveis: I) Relacionadas às características da amostra; II) Relacionadas à avaliação de risco para LPP e III) Relacionadas à identificação do risco de LPP. Posteriormente foi realizado um treinamento e, em seguida realizada nova coleta, com comparação dos dados.

**Resultados:** As LPP no setor corresponderam a 7,5% antes do treinamento e 2,0% após. Pode-se identificar que 57,4% dos pacientes estavam expostos ao risco de LPP antes e 60,9% após. Foi observado na beira do leito que antes do treinamento, 46,2% dos pacientes apresentavam-se na posição adequada estabelecida pelo setor naquela hora do dia e, após o treinamento, eram 92,1% dos pacientes.

**Conclusão:** Verificou-se a melhora na realização dessas medidas preventivas e a necessidade de treinamento frequente com os profissionais da saúde. Os enfermeiros devem trabalhar no aprimoramento dessas ferramentas para melhor avaliação do risco das LPP, bem como medidas preventivas.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate measures applied by nursing to prevent Pressure Ulcers in patients in pediatric intensive care unit, before and after training.

**Methods:** Quantitative, descriptive, cross-sectional study, developed in tertiary-level hospital. The sample consisted of 118 patients. Data collection was performed in the checklist format according to 3 variables: I) Related to sample characteristics; II) Related to risk avaluation for LPP and III) Related to risk identification for LPP. Subsequently, training was carried out and then a new collection, comparing the data.

**Results:** LPP in the sector corresponded to 7.5% before training and 2.0% after. It can be identified that 57.4% of patients were exposed to the risk of pressure ulcers before and 60.9% after. It was observed at the bedside that, before training, only 46.2% of the patients were in the appropriate position established by the sector at that time of the day and after 92.1% were.

**Conclusion:** There was an improvement in the performance of these preventive measures and the need for frequent training with health professionals. Nurses should work on improving these tools to better the evaluation of risk of pressure ulcers, as well as preventive measures.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar medidas aplicadas por la enfermería para prevenir lesiones por presión (LPP) en pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, antes y después del entrenamiento.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, desarrollado en un hospital de tercer nivel. La muestra consistió en 118 pacientes. La recolección de datos se realizó en el formato de lista de verificación de acuerdo con 3 variables: I) Las características de la muestra; II) La evaluación de riesgos para LPP y III) La identificación del riesgo de LPP. Posteriormente, se llevó a cabo la capacitación y luego se realizó una nueva colección, comparando así los datos.

**Resultados:** LPP en el sector correspondió a 7.5% antes del entrenamiento y 2.0% después. Se puede identificar que el 57.4% de los pacientes estuvieron expuestos al riesgo de LPP antes y el 60.9% después. Se observó en la cabecera que antes del entrenamiento, solo el 46.2% de los pacientes estaban en la posición apropiada establecida por el sector a esa hora del día y después 92.1% estaban.

**Conclusión:** Hubo una mejora en el desempeño de estas medidas preventivas y la necesidad de capacitación frecuente con profesionales de la salud. Las enfermeras deberían trabajar en mejorar estas herramientas para evaluar mejor el riesgo de LPP, así como medidas preventivas.

<sup>1</sup>Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

## Como citar:

Pinto BA, Souza DS, Borim BC, Ribeiro RC. Medidas preventivas de lesão por pressão realizadas em unidades pediátricas de terapia intensiva. *Enferm Foco*. 2021;12(1):105-10.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3586

## INTRODUÇÃO

Uma das consequências mais comuns, resultante da longa permanência dos pacientes em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. As lesões por pressão (LPP) têm sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, causando impacto para os pacientes, seus familiares e para o sistema de saúde; com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos, representando uma das maiores complicações que acometem os pacientes críticos hospitalizados, além de ser um tratamento que ocupa o terceiro lugar nos gastos da saúde.<sup>(1-3)</sup>

Entende-se por LPP lesões localizadas na pele e/ou tecidos moles subjacente, sobre uma proeminência óssea,<sup>(4)</sup> resultantes da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento em uma superfície, causado pela fricção.<sup>(2,5)</sup>

De acordo com *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), as LPP são classificadas em estágios de I a IV, que representa a profundidade das lesões e ainda existem as lesões não classificáveis, como as lesões tissulares profundas; lesões relacionadas ao uso de dispositivo médico e lesões em membranas mucosas.<sup>(6,7)</sup>

As LPP são consideradas um grave problema de saúde pública mundial,<sup>(8)</sup> sendo um evento adverso multifatorial, ou seja, um problema evitável e de difícil controle; logo, os profissionais e estabelecimentos de saúde podem ser responsabilizados pelo seu surgimento.<sup>(9)</sup>

A presença de LPP está associada negativamente à qualidade do cuidado, sendo considerada como um indicador revelador da má qualidade dos cuidados prestados; no entanto, esse é um problema multifatorial,<sup>(10)</sup> que inclui fatores extrínsecos, relativos à exposição física do paciente, como o uso de sedativos, pacientes internados em longo período de tempo e imobilização física e em fatores intrínsecos, inerentes à sua condição clínica, como alterações hemodinâmicas, anemia, desnutrição, diminuição do nível de consciência, alterações nutricionais, incontinência urinária e/ou fecal e extremos de idade.<sup>(2,4,9,11,12)</sup>

As ações de prevenção das LPP geram impactos econômicos importantes. Por outro lado, a ocorrência de LPP pode demandar, maiores gastos, investimento de tempo e trabalho da equipe, além de gerar processos judiciais tanto para os profissionais responsáveis pelo cuidado, quanto para as instituições de saúde.<sup>(12-14)</sup>

Apesar da dificuldade e das repetitivas tentativas de se abordar o assunto com os profissionais, a problematização referente às lesões é mais correlacionada aos adultos. Na pediatria, esta realidade não é tão reconhecida, fato que é considerado um dos fatores que contribuem para o risco que as crianças estão sujeitas.<sup>(15)</sup>

O processo de hospitalização infantil é marcante na vida da criança, pois neste momento ela se percebe frágil e impossibilitada.<sup>(16)</sup> Dessa forma, conforme a gravidade da doença, a criança poderá ter complicações que prolongam o seu tratamento ou dificultam a sua melhora clínica.<sup>(17)</sup>

A prevenção da LPP é uma tarefa multidisciplinar que deve ser exercida diariamente, na qual, a identificação e o tratamento precoce permitem uma redução significativa dos custos, previnem a progressão e aceleram a regeneração da LPP. A primeira medida preventiva deve ser a orientação adequada do paciente e de seus familiares, reforçadas por todos os profissionais envolvidos nos cuidados, buscando um tratamento melhor e mais eficaz.<sup>(6)</sup>

De acordo com estudo realizado na cidade de São Paulo,<sup>(18)</sup> estima-se que a adoção de medidas preventivas reduz o risco entre 25 a 50% de se adquirir a LPP. Diante da importância da prevenção desses agravos, destaca-se a necessidade de avaliação do risco para o desenvolvimento de LPP, o qual deve ser feito diariamente.<sup>(3,18)</sup> É importante a observação criteriosa e diária da pele, buscando-se áreas com suspeita de lesões, sendo toda a equipe responsável por essa investigação.<sup>(9)</sup>

Dentre as medidas de prevenção, algumas são essenciais para a evolução positiva desse tratamento, como mudança de decúbito; elevação do decúbito em até 30°; utilização de colchão caixa de ovo; utilização de coxins para conforto; utilização de identificações no leito para destacar os pacientes propensos a risco de LPP; hidratação da pele; troca de fraldas, uso de creme barreira e principalmente o uso de escalas específicas para avaliação e identificação de riscos para desenvolvimento da LPP.<sup>(3,19)</sup>

Instrumentos específicos e validados, direcionam a intensidade das medidas preventivas, como por exemplo, a escala Braden Q, que avalia os riscos de LPP por meio de sete sub-escalas: mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição e perfusão tissular e oxigenação. Cada uma destas sub-escalas são pontuadas de um (menos favorável) a quatro (mais favorável), na qual se obter uma pontuação igual ou menor que 16 pontos, significa que o paciente em avaliação está exposto ao risco de desenvolver a LPP, e deve ser imediatamente identificado, para que então se inicie cuidados ainda mais específicos e intensivos.<sup>(20,21)</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde, os períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão, com a utilização da Escala de Braden Q, é a cada 24 horas nas unidades de terapia intensiva.<sup>(22)</sup>

O enfermeiro, enquanto integrante da equipe multidisciplinar nas Unidades de terapia intensiva (UTI), é responsável por gerenciar o cuidado, é o agente ativo na observação, notificação e tratamento de LPP nos serviços de saúde. O

planejamento do cuidado de enfermagem ao paciente crítico pediátrico é de sua competência legal, assim como o conhecimento sobre o assunto e a utilização de escalas que permitam avaliar suas evidências, devendo também desenvolver estratégias para prevenção de tais complicações.<sup>(10,23)</sup>

Considerando necessária a implementação da Escala de Braden Q, a necessidade de novos estudos que contribuam para a atuação efetiva da equipe de enfermagem na prevenção de LPP, além da escassez de pesquisas publicadas sobre LPP em crianças no Brasil, justificou-se a relevância da realização desse estudo e sua colaboração na determinação dos fatores de risco associados à LPP.

Frente a isso o presente estudo teve como objetivo avaliar as medidas aplicadas para prevenir o aparecimento de Lesão por pressão em pacientes de uma unidade de terapia intensiva pediátrica, antes e após treinamento aplicado.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

O estudo foi desenvolvido no Município de São José do Rio Preto, noroeste do Estado de São Paulo. A área de abrangência foram as Unidades de terapia intensiva do Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto, setores que contavam com 23 leitos de UTI geral e cardiológica. O Hospital é o centro de referência para uma região que compreende 102 municípios e mais de 2 milhões de habitantes e conta com mais de 880 funcionários da área da saúde, com uma média de 1.000 internações/mês na pediatria.

A amostra foi de 118 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sendo 54 antes do treinamento e 64 após. Os critérios de seleção foram: estar internados em algum leito de UTI pediátrica e possuírem um prontuário atualizado.

A amostra foi obtida por meio de uma coleta de dados, no formato de auditorias, realizada no período de janeiro à abril de 2016, utilizando um instrumento específico, no formato de check list, de acordo com alguns dados pré estabelecidas presentes ou não no prontuário: I) Avaliação de risco para a LPP presentes e/ou descritas no prontuário, como: Presença de prescrição de enfermagem, impresso da escala de Braden Q e o preenchimento diário da mesma; II) Identificação ou características da amostra que são apontadas no prontuário, como: Total de leitos ocupados, número de casos de LPP no setor, idade média dos sujeitos e tempo médio de internação; III) Identificação do risco de LPP, não presentes no prontuário, porém, junto ao paciente, como: Quantificação dos pacientes que apresentam riscos de LPP, se estes leitos estão identificados segundo risco calculado na escala de Braden Q, verificação do posicionamento preconizado para

aquele horário do dia de acordo com rotina do setor e uso de acessórios para prevenção de LPP em cabeça, calcâneo, colchão caixa de ovo e traçado para movimentação.

Em seguida foi aplicado um treinamento, para os 40 profissionais de enfermagem, durante o expediente, em todos os turnos de trabalho dos setores em estudo. O treinamento tinha duração de aproximadamente vinte minutos, utilizando material expositivo, contendo conceitos sobre LPP, seus meios de prevenção e a importância da utilização da Escala de Braden Q de maneira correta.

Cerca de 15 dias após o treinamento foi realizada uma nova coleta de dados, no mesmo local de estudo e, de acordo com a porcentagem obtida, foi permitido comparar os dados anteriores e posteriores ao treinamento, possibilitando a verificação da adesão destes profissionais às medidas preventivas e se o treinamento auxiliou na conscientização da equipe, de forma a aprimorar ou traçar novos planos de prevenção do cuidado.

Os dados foram coletados de forma sigilosa, sem o registro de nomes, com a autorização do responsável por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, evitando riscos de exposição dos sujeitos.

Na análise dos dados, foi utilizado o teste exato de Fisher para testar a hipótese de associação entre que duas variáveis e determinar a probabilidade exata de ocorrência de uma frequência observada, ou de valores mais extremos.

Este estudo, seguiu as normas da Resolução CNS 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob parecer nº 1.397.928.

## RESULTADOS

Destaca-se que 46,2% das crianças analisadas antes do treinamento e 67,1% após o treinamento tinham a idade média de zero a três anos. O tempo de internação média de seis a quinze dias, correspondeu a 48,1% das crianças antes do treinamento e 28,1% após. Lesões por pressão presentes no setor corresponderam a 7,5% antes do treinamento e apenas 2,0% após, conforme a tabela 1.

Antes do treinamento 70,3% das crianças possuíam o impresso da escala de Braden Q presentes no leito, das quais apenas 18,4% eram preenchidas diariamente, sendo que após o treinamento 93,7% possuíam o impresso e 96,6% deles eram preenchidos. Ainda antes do treinamento, 60% das crianças possuíam na prescrição de enfermagem ao menos três itens de prevenção à LPP e após o treinamento, esse percentual foi de 75%, de acordo com a tabela 2.

Identificou-se que 57,4% dos pacientes estavam expostos ao risco de LPP antes do treinamento e após eram 60,9%. Dentre os leitos identificados com risco de LPP,

**Tabela 1.** Identificação e características dos pacientes contidas nos prontuários

Variáveis	Pré-treinamento n(%)	Pós-treinamento n(%)	p-value
Idade média dos sujeitos			
0-3 anos	25(46,2)	43(67,1)	0,0259
4-7 anos	12(23,5)	15(23,4)	1,0000
8-12 anos	17(30,3)	6(9,5)	0,0044
Tempo médio de internação			
1-5 dias	17(31,4)	19(29,6)	0,8438
6-15 dias	26(48,1)	18(28,1)	0,0353
15 dias ou +	11(20,5)	27(42,3)	0,0171
LPP no setor			
Sim	4(7,5)	1(2,0)	0,1773
Não	50(92,5)	63(98,0)	
Total	54(100)	64(100)	

**Tabela 2.** Avaliação de risco para a LPP presentes e/ou descritas no prontuário

Variáveis	Pré-treinamento n(%)	Pós-treinamento n(%)	p-value
Impresso Escala de Braden Q			
Sim	38(70,3)	60(93,7)	0,0010
Não	16(29,7)	4(6,3)	
Preenchimento diário Escala Braden Q			
Sim	7(18,4)	58(96,6)	< 0,0001
Não	47(81,6)	6(3,4)	
Prescrição de Enfermagem			
Sim	32(60,0)	40(75,0)	0,8499
Não	22(40,0)	24(25,0)	
Total	54(100)	64(100)	

antes do treinamento, 77,5% não possuíam a identificação de risco adequada no leito, sendo que após o treinamento apenas 7% não possuíam essa identificação. Foi observado na beira do leito que antes do treinamento, 46,2% das crianças apresentavam-se na posição estabelecida pelo setor naquela hora do dia; após o treinamento eram 92,1% das crianças na posição estabelecida pelo setor. O uso de acessórios para alívio de pressão correspondeu a 83,3% antes e 96,8% após o treinamento (Tabela 3).

**Tabela 3.** Identificação do risco de LPP, não estão presentes no prontuário mais sim junto ao leito do paciente

Variáveis	Pré-treinamento n(%)	Pós-treinamento n(%)	p-value
Leitos com risco de LPP			
Sim	31(57,4)	39(60,9)	0,7111
Não	23(42,6)	25(39,1)	
Leitos identificados (em caso de risco)			
Sim	7(22,5)	36(92,3)	< 0,0001
Não	47(77,5)	3(7,7)	
Posicionamento adequado no leito			
Sim	25(46,2)	59(92,1)	< 0,0001
Não	29(53,7)	5(7,9)	
Uso de acessórios para alívio de pressão			
Sim	45(83,3)	62(96,8)	0,0222
Não	9(16,7)	2(3,2)	
Total	54(100)	64(100)	

## DISCUSSÃO

A hospitalização é vista como uma situação perturbadora na vida das pessoas e tem contornos peculiares quando se trata de uma ocorrência na infância.<sup>(16)</sup> A população pediátrica hospitalar mudou ao longo dos anos e, atualmente, grande porcentagem de crianças apresenta, problemas mais graves e complexos do que as hospitalizadas anteriormente. Devido a esse fato, essas crianças estão sujeitas a um maior número de procedimentos invasivos e traumáticos que, conseqüentemente aumenta o tempo de internação e as Lesões por pressão.<sup>(24)</sup>

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), a média de permanência de uma criança em uma Unidade de Terapia Intensiva é de 7,4 a 9,9 dias,<sup>(2)</sup> ou seja, inferior ao período de permanência de 48,1% das crianças deste estudo no hospital. Em estudo realizado no Paraná, utilizando prontuários de enfermarias pediátricas, o tempo médio de internação foi de 8,9 dias,<sup>(24)</sup> o que evidencia que, na maioria das vezes, o tempo de internação na UTI se prolonga, levando a quadros clínicos instáveis e ao aparecimento de agravamentos.

Pesquisadores de Fortaleza descreveram,<sup>(1)</sup> que o tempo médio de internação, entre as crianças que apresentaram LPP foi de 21,4 dias, variando entre 5 e 45 dias. Entre as que não apresentaram LPP, o tempo médio de internação foi de 7,7 dias, revelando assim, uma possível associação entre o tempo de internação e o surgimento de LPP em crianças.<sup>(1)</sup>

A variável idade afeta o risco de desenvolver lesões por pressão em geral.<sup>(25)</sup> Em um estudo realizado com 50 crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva em Brasília no ano de 2013, no qual as crianças tinham um alto índice de desenvolver LPP, a média que englobava a faixa etária de 0 à 3 anos era de 64%, dado o qual se equipara com amostra levantada neste estudo, correspondente a no qual 67,1% das crianças.<sup>(16)</sup>

Sabe-se que a criança apresenta características que aumentam a probabilidade de desenvolver LPP, como a ausência de mecanismos de termorregulação/imaturidade fisiológica do metabolismo em geral, dos tecidos e da rede vascular e a diferença existente entre o tamanho da cabeça e o restante do corpo.<sup>(26)</sup>

Na pediatria, a LPP se constitui como evento adverso provocado por condições anatomofisiopatológicas do desenvolvimento infantil, como por exemplo, perda de peso, déficits nutricionais, edema, déficit de mobilidade física. Além de fatores agravantes para o desenvolvimento de lesões como a ventilação assistida, uso de drogas vasoativas e tempo de internação prolongado.<sup>(23)</sup>

De acordo com estudo realizado no interior paulista, as taxas de incidência de LPP descritas internacionalmente para essa população, variam entre 0,29% e 27%.<sup>(23)</sup>

Em uma revisão bibliográfica realizada por pesquisadores na cidade do Porto, em Portugal, cerca de 33% dos pacientes internados na UTI desenvolvem LPP, associando-se a um prolongamento da internação hospitalar de até cinco vezes.<sup>(27)</sup> Em estudo que pesquisou a epidemiologia e os riscos associados à LPP em crianças, os resultados mostraram que 17 delas (42,5%) desenvolveram LPP devido o prolongamento dos dias de internação<sup>1</sup>. Já em estudo realizado no Maranhão,<sup>(28)</sup> no qual avaliava a Caracterização Epidemiológica e Clínica de Crianças com Lesões por Pressão, a prevalência de LPP nas crianças foi de 6,93%, das 101 crianças internadas durante sua coleta de dados, sete desenvolveram LPP. Das sete crianças, cinco estavam internadas em Unidade de Terapia Intensiva.

No presente estudo do total de pacientes, 7,5% possuíam uma lesão por pressão, antes do treinamento e 2% após, contudo, foi inferido que a prevalência de LPP no estudo, comparada nos dois momentos em que foram aplicados os treinamentos, foi significativamente alta, sendo então essencial que seja realizada orientações dessa equipe não só de enfermagem, mas multiprofissional, quanto aos meios de prevenção dessas lesões.

Em outra pesquisa realizada em Portugal,<sup>(15)</sup> foram estudadas 43 crianças, 65% foram consideradas com risco de LPP, de acordo com resultado da avaliação por meio da Escala de Braden Q, resultado que se aproxima aos do presente estudo, no qual 57,4% dos pacientes estavam expostos anteriormente ao treinamento realizado, fato que destaca a importância da detecção precoce destes riscos.

As regiões anatômicas que possuem maior ponto de pressão e que predispõem ao desenvolvimento de LPP são região occipital, nariz, orelhas, cóccix, sacro, joelhos e calcâneos.<sup>(23)</sup> Em pesquisa no estado de São Paulo,<sup>(29)</sup> das 190 crianças estudadas, 41,05% eram mudadas de decúbito de 2 em 2 horas e em 80,53% delas foram utilizados colchões piramidais. O uso de coxins foi observado somente em 30,53%, dados que podem ser comparados aproximadamente com o presente estudo em que 46,2% das crianças averiguadas anteriormente ao treinamento apresentavam-se na posição ideal de mudança de decúbito e 83,3% utilizavam acessórios para alívio de pressão, dados os quais após o treinamento progrediram para 92,1% e 96,8% respectivamente. Sendo assim o uso de acessórios para alívio de pressão é essencial para evitar o agravamento e também possível aparecimento de novas lesões e o profissional deve estar orientado de como e quando usar esses

dispositivos para assim melhorar a qualidade na assistência desse paciente fragilizado.

O uso correto da Escala de Braden, de acordo com estudo realizado na cidade São José do Rio Preto,<sup>(29)</sup> reduz a variação da avaliação de risco entre os enfermeiros, porém, é necessário um treinamento periódico com os profissionais de enfermagem, visando evitar e corrigir diferenças, erros e discordâncias não somente na aplicação da escala e escolha dos escores, mas também no aprimoramento frente ao assunto.

O presente estudo apresentou algumas limitações, sendo essas: a rotatividade dos pacientes, dificultando a comparação dos mesmos antes e após o treinamento e a dificuldade de encontrar o responsável para assinar o termo de consentimento, devido ao fato da Unidade de Terapia Intensiva ser um setor fechado no qual nem sempre os acompanhantes estão presentes junto aos pacientes.

Neste contexto da prevenção da Lesão por Pressão, ressalta-se a importância dos cuidados de enfermagem, os quais devem estar ancorados em diretrizes clínicas e em protocolos de prevenção, baseados nos níveis de risco de cada paciente, de forma que as medidas preventivas utilizadas sejam apropriadas e efetivas. Os profissionais devem estar atentos a estes aspectos para que ocorra a melhoria da assistência, evitando gastos e desgastes desnecessários ao paciente. A educação continuada daqueles que ficam em contato direto com a assistência desses pacientes críticos, deve ser constante e eficiente, contando com uma liderança ativa que busca motivar e inovar novos métodos de transmitir a sua equipe um conteúdo atual que possa contribuir para o aprendizado individual e em grupo.

## CONCLUSÃO

Após o treinamento houve uma melhora na realização das medidas preventivas de LPP pelos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, a redução do número de LPP no setor, comprovando-se que a necessidade de treinamento com os mesmos é essencial e deve ser frequente, visando a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes pediátricos, além de evitar possíveis agravos que venham a dificultar a estadia na Unidade de Terapia Intensiva, piorando assim o estado clínico e psicológico do paciente, prolongando sua cura e o conseqüente retorno ao lar. Os resultados do estudo evidenciam que os enfermeiros devem sempre trabalhar no aprimoramento de ferramentas para a avaliação do risco das LPP, além da já existente (Braden Q) e também em medidas preventivas empiricamente eficazes, como a educação continuada dos profissionais.

## Contribuições

BAJP: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; DSBS: concepção e/ou desenho do estudo, redação e/ou

revisão crítica do manuscrito, aprovação da versão final a ser publicada; BCB: concepção e/ou desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, aprovação da versão final a ser publicada; RCHMR: redação e/ou revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho GB, da Silva FA, Castro ME, Florêncio RS. Epidemiology and risks associated with pressure ulcers in children. *Cogitare Enferm*. 2011;16(4):640-6.
2. Agência de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Média de permanência UTI pediátrica [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2013 [citado em 02 de janeiro, 2020]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-08.pdf>
3. Lemos AM, Cunha SC. O conhecimento da enfermagem e suas práticas em úlceras por pressão: teorias, causas e reflexos financeiros na instituição de saúde. *Rev Rede Cuid Saúde*. 2014;8(3):1-8.
4. Teixeira AS, Nascimento TS, Souza IT, Sampaio RL, Pinheiro AR. Incidence of pressure injuries in Intensive Care Unit in an accredited hospital. *ESTIMA*. 2017;15(3):152-60.
5. Barros CV, Silva RC, Andrade JM, Barros DA, Silva LC. Fatores preditivos para o desenvolvimento de úlceras por pressão segundo a escala de braden em pacientes de UTI. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2014;12(1):327-37.
6. Luz RP, Lopacinski AC, Fraga R, Urban CA. Pressure Ulcers. *Geriatr Gerontol*. 2010;4(1):36-43.
7. Moraes JT, Borges EL, Lisboa CR, Cordeiro DC, Rosa EG, Rocha NA. Concept and rating of pressure injury: update of the national pressure ulcer advisory panel. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2016;6(2):2292-306.
8. Tonole R, Brandão ES. Human resources and materials for the prevention of pressure ulcers. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:1-4.
9. Ramos DO, Oliveira OS, Santos IV, Carvalho ES, Passos SS, Góis JA. Awareness of family members in relation to pressure ulcers and their rights to remediation. *Rev Baiana Enferm*. 2014;28(1):23-30.
10. Pacha HH, Faria JI, Oliveira KA, Beccaria LM. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3203-10.
11. Borghardt AT, Prado TN, Araújo TM, Rogenski NM, Bringuento ME. Evaluation of the pressure ulcers risk scale with critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(1):28-35.
12. Otto C, Schumacher B, Wiese LP, Foerco C, Rodrigues RA. Risk factors for the development of pressure lesion in critical patients. *Enferm Foco*. 2019;10(1):7-11.
13. Morita AB, Poveda VB, Santos MJ, Marcelina AL. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. *REENVAP*. 2017;2:9-23.
14. Mendonça PK, Loureiro MD, Ferreira Junior MA, Souza AS. Occurrence and risk factors for pressure injuries in intensive care centers. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2018;12(2):303-11.
15. Lomba L, Bessa R, Santos S. Location and preventive measures for pressure ulcers in pediatric age: integrative literature review. *Rev Cuid*. 2015;6(2):1085-93.
16. Brandão EC. Aplicação da Escala de Braden Q e o processo de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em crianças. [internet]. 2013 [citado em: 18 de Agosto de 2015]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14798/1/2013\\_ErlyneCamapumBrandao.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14798/1/2013_ErlyneCamapumBrandao.pdf)
17. Medeiros AB, Lopes CH, Jorge MS. Analysis of prevention and treatment of the pressure ulcers proposed by nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):223-8.
18. Wada A, Teixeira NN, Ferreira MC. Pressure Sores. *Rev Med*. 2010;89(3-4):170-7.
19. Brito KK, Soares MJ, Silva MA. Nursing care at preventive actions on pressure ulcers. *Rev Bras Ciên Saúde*. 2014;12(40):56-61.
20. Maia AC, Pellegrino DM. Portuguese translation and validation of the Braden Q scale for predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(3):406-14.
21. Castanheira LS, Werli-Alvarenga AW, Correa AR, Campos DM. Prediction risk scales for pressure injury in critically ill patients integrative review. *Enferm Foco*. 2018;9(2):55-61.
22. Direção-Geral da Saúde/Ministério da Saúde. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q) [Internet]. Brasília (DF): DGS/MS; 2011 [citado em 19 de agosto de 2015]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf)
23. Vocci MC, Toso LA, Fontes CM. Application of the braden Q scale at a pediatric intensive care unit. *Rev Enferm UFPE on-line*. 2017;11(1):165-72.
24. Cardoso, TP, Oliveira PR, Volpato RJ, Nascimento VF, Rocha EM, Lemes AG. Experience and perception of family members on child's hospitalization in pediatric unit. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(4):1-22.
25. Oliveira BR, Vieira CS, Furtado MC, Melo DF, Lima RA. Profile of morbidity of children hospitalized in a public hospital: implications for Nursing. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):586-93.
26. Silva, MFDPC. Prevenção de úlceras de pressão em crianças no perioperatório [internet]. Setúbal; 2014 [citado em 22 de novembro de 2016]. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7082/1/Filomena\\_Silva\\_Preven%c3%a7%c3%a3o\\_Ulceras\\_Press%c3%a3o\\_Crian%c3%a7as\\_Perioperat%c3%b3rio\\_2004.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7082/1/Filomena_Silva_Preven%c3%a7%c3%a3o_Ulceras_Press%c3%a3o_Crian%c3%a7as_Perioperat%c3%b3rio_2004.pdf)
27. Rocha JA, Miranda MJ, Andrade, MJ. Pressure ulcer management - evidence-based interventions. *Acta Med Port*. 2006;19:29-38.
28. Rocha Neta AP, Cavalcante TB, Lima AB, Maciel SM, Miranda SM, Souza AR. Epidemiological and Clinical Characterization of Children with Pressure Injuries. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2018;86(24).
29. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti, NA. Pressure ulcer risk assessment in intensive care unit: preventive nursing care. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):353-8.

# PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES PSÍQUICA E EMOCIONAL DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL GERAL

NURSING PROCESS IN THE PSYCHIC AND EMOTIONAL DIMENSIONS OF PATIENTS IN A GENERAL HOSPITAL

PROCESO DE ENFERMERÍA EN LAS DIMENSIONES PSÍQUICAS Y EMOCIONALES DE PACIENTES EN UN HOSPITAL GENERAL

Marcio Roberto Paes<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-0305-1500>)

Crystieidi Kiei Sasaki<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-2373-4931>)

Otilia Beatriz Maciel da Silva<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-1541-5618>)

Miriam Aparecida Nimtz<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-7491-5789>)

## Descritores

Enfermagem; Processos de enfermagem; Prática profissional; Hospitais gerais

## Descriptors

Nursing; Nursing processes; Professional practice; Hospitals general

## Descriptores

Enfermería; Proceso de enfermería; Práctica profesional; Hospitales generales

## Recebido

4 de Junho 2020

## Aceito

29 de Janeiro 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Marcio Roberto Paes  
E-mail: marropa@ufpr.br

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o desenvolvimento do processo de enfermagem nas dimensões psíquicas e emocionais dos pacientes em um hospital geral.

**Métodos:** Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa com participação de nove enfermeiros de um hospital de Curitiba, Paraná, em 2018. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e submetidos à Análise de Conteúdo. Utilizou-se como matriz analítica as fases do Processo de Enfermagem descritas na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem.

**Resultados:** Os participantes descreveram a observação, percepção, busca ativa em prontuários, comunicação como estratégias para a coleta de dados de enfermagem; demonstraram dificuldades em utilizar os diagnósticos de enfermagem, planejar e implementar cuidados específicos na dimensão psicossocial. Foram enfatizados os cuidados colaborativos junto à equipe multiprofissional. Afirmaram que algumas avaliações de enfermagem foram prejudicadas devido ao tempo reduzido de permanência dos pacientes nos serviços.

**Conclusão:** O desenvolvimento do Processo de Enfermagem com foco nas dimensões psíquicas e emocionais em hospital geral é um desafio para a Enfermagem. As instituições de saúde devem investir em educação permanente a fim de capacitar a equipe de enfermagem para o cuidado de qualidade.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the development of the nursing process in the psychic and emotional dimensions of patients in a general hospital.

**Methods:** Exploratory and qualitative research with the participation of nine nurses from a hospital in Curitiba, Paraná, Brazil, in 2018. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to Content Analysis. The phases of the Nursing Process described in Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council were used as an analytical matrix.

**Results:** The participants described the observation, perception, active search in medical records, communication as strategies for collecting nursing data; demonstrated difficulties in using nursing diagnoses, planning and implementing specific care in the psychosocial dimension. Collaborative care with the multiprofessional team was emphasized. They stated that some nursing evaluations were impaired due to the reduced time spent by patients in the services.

**Conclusion:** The development of the nursing process with a focus on the psychological and emotional dimensions in a general hospital is a challenge for nursing. Health institutions should invest in permanent education to train the nursing staff for quality care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el desarrollo del proceso de enfermería en las dimensiones psíquicas y emocionales de los pacientes en un hospital general.

**Metodos:** Investigación exploratoria con un enfoque cualitativo con la participación de nueve enfermeras de un hospital en Curitiba, Paraná, Brasil, en 2018. Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas y se sometieron a Análisis de Contenido. Las fases del Proceso de Enfermería descritas en la Resolución 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería se utilizaron como una matriz analítica.

**Resultados:** Los participantes describieron la observación, la percepción, la búsqueda activa en los registros médicos, la comunicación como estrategias para recopilar datos de enfermería; demostró dificultades en el uso de diagnósticos de enfermería, planificación e implementación de cuidados específicos en la dimensión psicossocial. Se enfatizó la atención colaborativa con el equipo multiprofesional. Afirmaron que algunas evaluaciones de enfermería se vieron perjudicadas debido al tiempo reducido que los pacientes pasaron en los servicios.

**Conclusiones:** El desarrollo del proceso de enfermería con un enfoque en las dimensiones psicológicas y emocionales en un hospital general es un desafío para la enfermería. Las instituciones de salud deben invertir en educación permanente para capacitar al personal de enfermería para una atención de calidad.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

## Como citar:

Paes MR, Sasaki CK, Silva OB, Nimtz MA. Processo de enfermagem nas dimensões psíquica e emocional dos pacientes de um hospital geral. *Enferm Foco*. 2021;12(1):111-7.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3958

## INTRODUÇÃO

A hospitalização poderá ocorrer em qualquer fase da vida das pessoas e por diversas razões. Os pacientes hospitalizados buscam pela resolução de seu problema de saúde, tendo de adaptar-se ao novo contexto e criar mecanismos de enfrentamento ao impacto que esta transição pode causar em seu cotidiano.<sup>(1)</sup> Esta situação pode gerar alterações emocionais ou psíquica como: medo, ansiedade, angústias e inseguranças, e alguns casos podem se agravar e sinais de sofrimento mental poderão surgir.<sup>(2)</sup>

Destarte, o cuidar em saúde requer dos profissionais, visão ampla com percepção da multidimensionalidade do ser humano. Isto é imprescindível para realizar o cuidado com qualidade e alcançar níveis mais satisfatórios de saúde e bem-estar, o que constitui um desafio diante das constantes transformações na atenção à saúde.<sup>(3-5)</sup>

De modo geral, os profissionais de saúde possuem uma concepção que culmina na divisão entre físico e mental, tendendo à priorização das necessidades biológicas. A pouca habilidade no cuidado ao paciente com alterações psíquicas e emocionais, são barreiras encontradas na assistência de enfermagem em hospital geral, e certamente dificultam o alcance da integralidade no cuidado.<sup>(6-11)</sup> Estudos evidenciaram tais barreiras correlacionando-as com visão estigmatizada e imperícia dos trabalhadores, o que influencia negativamente no fazer da Enfermagem.<sup>(8,10,11)</sup>

A Enfermagem é uma profissão de atuação complexa e abrangente, cujo foco é o cuidado ao ser humano. O conhecimento técnico e formal, a competência instrumental, a habilidade de comunicação e a cumplicidade emocional são algumas ferramentas desta profissão. Tais instrumentos fundamentam as ações do enfermeiro, que devem ser sistematizadas com fundamentação teórica, uso do raciocínio clínico, para o alcance de seus objetivos, quer seja curativo, reabilitador ou preventivo, aplicando deliberativamente o Processo de Enfermagem.<sup>(4,12)</sup>

O Processo de Enfermagem é instrumentalizado em conceitos, pressupostos e proposições de acordo com cada teoria de enfermagem, apresentando-se em diferentes modelos.<sup>(1)</sup> A Resolução n. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) propõe um modelo de processo composto pelas seguintes etapas: coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico; planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.<sup>(13)</sup>

Considerando a transição dos pacientes no processo saúde-doença, a partir da hospitalização, com possibilidade de surgimento de alterações no seu estado psíquico e emocional, bem como a necessidade de habilidades na prática profissional de enfermagem, questiona-se como os enfermeiros

desenvolvem o Processo de Enfermagem considerando as necessidades psíquicas e emocionais dos pacientes hospitalizados em uma instituição de alta complexidade?

Para tanto, estabeleceu-se como objetivo para este estudo: descrever o desenvolvimento do processo de enfermagem nas dimensões psíquicas e emocionais dos pacientes em um hospital geral.

## MÉTODOS

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa.

Participaram nove enfermeiros de unidades de internação de um hospital geral. O número de participantes foi estabelecido levando em consideração os próprios dados obtidos. Mediadas por leituras flutuantes das entrevistas, incluíram-se participantes até que os dados satisfizessem os objetivos propostos.<sup>(14)</sup> Os profissionais foram recrutados por convite verbal e individual durante suas jornadas de trabalho.

Foram critérios de inclusão: enfermeiros atuantes na assistência direta, que não estivessem em período de férias ou afastados do trabalho. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros administrativos e em período de férias ou afastados do trabalho.

A pesquisa foi realizada na Clínica Médica, Maternidade, Neurologia e Cardiologia de um hospital geral de grande porte de Curitiba/PR, de julho a novembro de 2018.

Os dados foram coletados, por meio de entrevista semiestruturada audiogravadas, constituída por duas partes: a) caracterização dos participantes e b) questão aberta: como você desenvolve o processo de enfermagem no cuidado ao paciente com necessidades nas dimensões psíquicas e emocionais?

Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo.<sup>(15)</sup> Na fase de pré-análise, as entrevistas gravadas foram transcritas e lidas atentamente. Na segunda fase de exploração do material, realizou-se a caracterização dos participantes e agrupamento de similaridades dos resultados a partir das falas dos entrevistados. Verificou-se que as categorias resultantes das falas coadunavam com as etapas do Processo de Enfermagem. Nesta fase foi definido que os resultados seriam apresentados a partir de uma matriz analítica utilizando as etapas do Processo de Enfermagem descritas na Resolução n. 358/2009 do Cofen: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Na terceira fase ou tratamento dos resultados foi realizada a inferência e a interpretação dos dados obtidos, buscando tornar significativo e válido os resultados brutos e o sentido que se encontrava subjetivamente nas falas dos entrevistados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o parecer nº 1.567.675, conforme a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram codificados pela letra E (enfermeiros) seguidos de números arábicos sem relação com a ordem das entrevistas.

## RESULTADOS

### Caracterização

Foram participantes nove enfermeiros, dos quais n=7 (78%) eram mulheres. A idade média foi de 41,5 anos. Um enfermeiro relatou ter 21 anos de atuação profissional e os demais entre 5 meses e 3 anos. Os participantes relataram não ter experiência prévia em serviços de saúde mental.

A seguir os resultados são apresentados nas categorias empíricas, a partir da matriz analítica com as falas dos participantes.

### O Histórico de Enfermagem

Os participantes descrevem alguns meios utilizados para coletar as informações que subsidiam o Processo de Enfermagem: avaliação do prontuário (histórico do paciente), observação, percepção, comunicação verbal e escuta. Externaram que apesar de tentarem coletar informações sobre as necessidades psíquicas e emocionais dos pacientes, o foco dos cuidados está direcionado às questões clínicas apresentadas. Relataram que devido à dificuldade de avaliação das necessidades psíquicas e emocionais, o Processo de Enfermagem não acontece para a maioria dos pacientes com transtornos mentais, como demonstram os seguimentos das falas a seguir:

*Em relação a SAE, a gente na hora da visita conversa para ver se ela já foi diagnosticada com alguma alteração emocional. (E4)*

*A gente sabe, percebe que tem alguma coisinha ali, mas ainda entende que, por incrível que pareça, não é o foco principal do tratamento aqui. A gente busca conversar e escutar bastante. (E8)*

*Às vezes, a gente sabe que o paciente é um drogado, detecta no processo de trabalho. É no histórico, quando o paciente tem no prontuário, que a gente fica sabendo depois que ele tem a intenção suicida. (E2)*

*As percepções do enfermeiro provêm de um cuidado todo especial, pois nós saímos generalistas da graduação e a percepção é algo que vai sendo desenvolvido. (E3)*

*Mas em alguns casos esses sintomas acabam sendo tão discretos que você não consegue ainda fazer os seus*

*cuidados de enfermagem diários. Mas ao mesmo tempo, tem alguns casos que, com certeza, a gente acaba percebendo que o paciente tende a ficar mais prostrado. A gente costuma perceber, mas também há outras situações que, diga-se de passagem, a maioria, acaba passando de forma subnotificada. Não acontece o Processo de Enfermagem em relação aos transtornos mentais. (E5)*

O participante E4 destaca ser importante a atuação dos técnicos de enfermagem na identificação e na comunicação ao enfermeiro sobre sinais de alterações emocionais e psíquicas dos pacientes. A equipe de enfermagem do nível médio está junto ao paciente a maior parte do tempo, com condições de observarem alterações significativas que merecem atenção dos outros membros da equipe assistencial, como apresentado no exemplo a seguir:

*A equipe não tem formação em saúde mental, mas, por exemplo, na percepção da equipe a questão do vínculo elas detectam mais, pois elas estão direto no quarto. Então elas vêem e relatam, e realmente com a equipe a detecção é muito precoce, pois elas estão lá cuidando. Então a equipe de enfermagem é muito importante. (E4)*

### Os diagnósticos de enfermagem

Os participantes expressaram dificuldades relacionadas ao sistema eletrônico do hospital que não permite, muitas vezes, a inclusão de diagnósticos de enfermagem que contemplem a necessidade do paciente, relacionada à alteração psíquica emocional. Citam o diagnóstico de enfermagem "Ansiedade" e a falta de um diagnóstico condizente para ideação suicida, por exemplo.

*A gente até coloca, mas o sistema é meio limitado no que diz respeito conseguir colocar um problema ou fazer um diagnóstico que vá contemplar esse tipo de situação do paciente e prescrever cuidados. (E5)*

*Então quando a gente descreve, por exemplo, ansiedade, já sai os cuidados de enfermagem relacionados a isso. A gente coloca na SAE, na evolução, o diagnóstico de ansiedade. (E4)*

*Então, não há um espaço específico. A gente coloca "paciente com idealização suicida". Ai a gente descreve o quadro que o paciente tem, na SAE. Mas não existe um quadro específico para indicar isso na SAE. (E8)*

### O planejamento e a implementação dos cuidados

Os participantes descreveram que formalizam na prescrição de enfermagem as situações evidentes e agudas, mas

na maioria dos casos elas são realizadas por orientação verbal às equipes. Citaram que existe uma prescrição pre-estabelecida no sistema eletrônico do hospital.

*A gente até prescreve os cuidados de enfermagem para esses casos agudos, mas a maioria dos cuidados em relação a essas alterações é feita mais na prática mesmo, com a troca de informação com a equipe, praticamente falando. (E9)*

*Então, nós temos as prescrições, mais ou menos, temos um modelo de prescrição pronta. Então quando a gente descreve, por exemplo, ansiedade, já sai os cuidados de enfermagem relacionados a isso. (E4)*

Os entrevistados citaram cuidados específicos aos pacientes como, por exemplo, a contenção física para casos de agitação, cuidados relativos à administração de medicação e orientações. Entretanto, relataram a falta de recursos para as situações de contenção; falta de tempo para a escuta ativa. Realizam o encaminhamento para avaliação de outros profissionais de forma não sistematizada, sem o acompanhamento posterior dos resultados.

*Então vai constar se aquele paciente precisar de contenção, avaliar o tempo de contenção, o local de contenção. (E1)*

*Porque a gente não tem todos os recursos necessários para esses cuidados específicos. Mas não é uma unidade para paciente psiquiátrico, aqui é para paciente clínico. Então, dependendo do caso, vai ser tranquilo, mas se é um caso mais sério, mais complexo, a gente presencia uma dificuldade, pelo fato do setor não ser adequado para atender aquele tipo de paciente. (E2)*

*Porque aqui a enfermagem acaba ficando mais com a parte de orientação e medicação. E não consegue ter aquele tempo para ficar ali conversando com o paciente mais especificamente. Por isso, a gente acaba pedindo o apoio e ainda bem que aqui a gente tem. (E3)*

*A gente tenta conversar até chamar a equipe multidisciplinar para atuar em conjunto com a enfermagem. A gente chama para tentar contornar, pois só a parte medicamentosa aqui, na unidade, muitas vezes, não é o suficiente. (E5)*

Em relação ao Processo de Enfermagem para o cuidado dos pacientes com dependência química, foi unânime entre os entrevistados, que existem barreiras que dificultam a assistência. Para os pacientes que internam nas unidades e são etilistas e/ou tabagistas algumas ações de rotinas são

modificadas como, por exemplo, retirada dos frascos de álcool para assepsia das mãos das enfermeiras, observação e intervenção para controle da crise de abstinência e necessidade de suporte medicamentoso.

*Dependendo do grau de dependência química, há sim uma certa dificuldade de prestar os cuidados de enfermagem. (E3)*

*Para tratar a crise de abstinência dentro de uma instituição hospitalar, a gente só consegue tratar com a parte medicamentosa. Porque só com os cuidados de enfermagem a gente não consegue controlar isso. Por exemplo, a gente tem um paciente aqui que é etilista, então hoje de manhã tivemos que retirar todos os frascos de álcool do quarto porque ele estava querendo fazer ingestão. (E4)*

*Mas, a gente percebe que, nervoso mesmo é quando o paciente utiliza cigarro. O cigarro é muito difícil, a pessoa fica querendo sair daqui, fica querendo ir ao banheiro e se der ele fuma por ali. (E5)*

### A avaliação de enfermagem

Os participantes relataram que a subjetividade da avaliação e o tempo curto de internação, interferem no acompanhamento da evolução da paciente. Citaram a facilidade em verificar a evolução do paciente a partir das orientações dadas na implementação dos cuidados.

*Para a gente observar a existência de fatores que desencadeie o estresse fica muito subjetivo. A orientação fica mais verbal mesmo. E daí ela acaba sendo objetiva mesmo na hora de colocar na evolução de enfermagem. (E5)*

*É importante salientar que o tempo de permanência aqui é curto, então é mais difícil da gente acompanhar e ver o processo de enfermagem sendo realizado na continuidade do cuidado onde você avalia, prescreve, reavalia. (E8)*

### DISCUSSÃO

O histórico de enfermagem, etapa inicial do Processo de Enfermagem, consiste na coleta sistemática de informações objetivas e subjetivas organizadas e documentadas em instrumentos específicos. A busca acurada dessas informações exige do enfermeiro conhecimentos, habilidades e experiência, pois é alicerce do Processo de Enfermagem e fundamentará as demais etapas.<sup>(16)</sup>

Os participantes demonstraram conhecimento e habilidade sobre as estratégias de coleta das informações do

histórico de enfermagem. Todavia, foi possível inferir a falta de pertencimento dos profissionais ao contexto de cuidados nas dimensões psíquicas emocionais dos pacientes.

Tais resultados coadunam os achados de estudos brasileiros, que evidenciaram a dificuldade dos profissionais de saúde de hospitais gerais de cuidarem adequadamente de pacientes com transtornos mentais, dependência química ou comportamento suicida. Os principais motivos apontados nos estudos foram o déficit na formação, pouco conhecimento e falta de habilidade, preconceito, medo do paciente.<sup>(6-11)</sup>

Diante dessa realidade, é importante que o profissional de enfermagem tenha conhecimento sobre alguns temas essenciais de saúde mental. A subjetividade contida nos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com alterações emocionais, demanda do enfermeiro, fundamentalmente, noções sobre as necessidades específicas de saúde mental e formas de abordagem dos pacientes para a coleta das informações.<sup>(17)</sup> Corroborando a fala dos participantes, a percepção é uma ferramenta sensorial importante na coleta dos dados. Ela direciona a identificação de elementos primordiais para o histórico de enfermagem, sinais de alterações emocionais e/ou psíquicas e como estas interferem no processo saúde-doença dos pacientes em hospital geral. Atua, ainda como incentivo para o desenvolvimento de planos de cuidados com maior acurácia ao paciente.<sup>(16)</sup>

Na segunda fase do Processo de Enfermagem, estabelecem-se os diagnósticos de enfermagem, que são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde ou processo vitais reais ou potenciais. Eles são a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando a alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável de avaliar a efetividade.<sup>(18)</sup>

Ao referirem sobre a dificuldade de listar diagnósticos de enfermagem pelo sistema eletrônico da instituição, os participantes, reafirmam a literatura, que destaca que diagnosticar problemas nas dimensões psíquicas e emocionais pode ser complexo. Ter percepção às respostas subjetivas e avaliar as reações expressas em sentimentos dos indivíduos não é tarefa fácil.<sup>(17-19)</sup>

Um estudo desenvolvido em um serviço de emergência de um hospital geral australiano recomenda que os serviços de saúde promovam qualificação dos enfermeiros generalistas a fim de fortalecer o seu papel terapêutico, estabelecendo modelos de prática clínica avançada e inovadora com o objetivo de alcançar o mais alto padrão de qualidade na assistência de enfermagem. Sugeriu a presença ou atuação de enfermeiro especialista em saúde mental no

hospital geral. O estudo indica que esta seria uma forma de superar o déficit de conhecimento dos enfermeiros generalistas e auxiliar no diagnóstico preciso para os cuidados de saúde mental.<sup>(19)</sup>

Os enfermeiros entrevistados referiram a utilização de diagnósticos de enfermagem pré-estabelecidos no sistema eletrônico da instituição. Na literatura é possível encontrar que existem alguns problemas comuns entre os enfermeiros para realizar regulamente os registros do Processo de Enfermagem em prontuários como, por exemplo, falta de tempo e priorização dos procedimentos.<sup>(20)</sup>

Os sistemas dos prontuários eletrônicos adquiridos pelos serviços de saúde, vêm aprimorando os modos de registros de enfermagem. Estes sistemas possibilitam optar por taxonomia própria da enfermagem, padronizar as formas de descrever e registrar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Os softwares usados para registros do Processo de Enfermagem trazem inúmeros benefícios no trabalho da equipe de enfermagem: diminuir o tempo gasto para os registros, simplificando a documentação, eliminar redundâncias, otimizar a comunicação entre a equipe, e o acesso à informação pelos profissionais de outras categorias.<sup>(20)</sup>

Na literatura, as etapas de planejamento e implementação direcionam a equipe de enfermagem aos cuidados de modo individualizado, de qualidade, holístico e eficiente. Essas etapas são entrelaçadas umas nas outras, porém não são lineares, pois, cada etapa se sobrepõe à anterior e a subsequente. Por isso, é considerado dinâmico e requer criatividade em sua aplicação. Isso significa que as etapas são as mesmas para cada situação do paciente, mas a correlação e os resultados podem ser diferentes.<sup>(16-17,21)</sup>

Ressalta-se que no planejamento e implementação dos cuidados nas dimensões psíquicas e emocionais, é necessário considerar integralmente a condição clínica, psíquica e social, com o foco no reconhecimento do significado individual da experiência do sofrimento psíquico no seu contexto prévio e atual, não se restringindo à sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico psiquiátrico.<sup>(17,21,22)</sup> Cabe ressaltar, que o cuidado em saúde mental é baseado e efetivado na interação enfermeiro-paciente, mediado pela comunicação.<sup>(22)</sup>

Neste estudo, os profissionais de enfermagem, relataram que ouvem as queixas de origem emocional e psíquicas dos pacientes, porém afirmaram não saber como proceder. Diante de situações similares, um estudo descreveu que os enfermeiros, comumente, encaminhavam os pacientes para outros profissionais.<sup>(19)</sup> Apesar do cuidado em saúde mental ser multiprofissional, a Enfermagem não deve utilizar desse argumento para se eximir da responsabilidade do cuidado destes pacientes.

Assim, evidenciou-se a necessidade de educação permanente para estes profissionais, pois as alterações emocionais, psiquiátricas e pacientes com histórico de uso de drogas lícitas e ilícitas. Elas são encontradas nos ambientes de saúde e o plano terapêutico deve contemplar ações focadas na saúde mental destes pacientes, buscando o cuidado holístico, que fundamenta as ações de enfermagem.

Os participantes enfatizaram o uso de contenção mecânica aos pacientes em alguns casos. Para situações extremas, onde tal procedimento é indispensável como parte das ações de cuidado, os profissionais de enfermagem, precisam respeitar às observações descritas na Resolução nº 427/2012 Cofen,<sup>(23)</sup> que versa sobre o tema. Cabe ao enfermeiro durante a etapa do planejamento definir como a contenção será realizada, visando a proteção do paciente e com o menor dano perceptível a ele, buscando, sempre que possível, alternativas de cuidado.

A avaliação de enfermagem consiste em verificar se a partir do planejamento, o cuidado foi realizado adequadamente e a implementação foi efetiva. O enfermeiro é responsável em refletir e registrar os resultados alcançados e optar pela manutenção ou mudança das intervenções diante das respostas do paciente.

Perceber tais mudanças nas condições de saúde mental dos pacientes interpostas pelo Processo de Enfermagem pode não ser instantâneo. A adaptação e transição no processo saúde-doença são influenciadas por fatores internos e externos.<sup>(1,21,22)</sup> Para tanto, o acompanhamento contínuo e reavaliação dos pensamentos, comportamentos e reações são essenciais à compreensão necessária para a avaliação de enfermagem assertiva.<sup>(22,24)</sup>

Os registros de enfermagem são meios essenciais para a avaliação e conseqüentemente, a efetivação do Processo de Enfermagem e contribui para a continuidade do cuidado, legitimando a atuação profissional.<sup>(24,25)</sup> Entretanto, diante das análises relacionadas aos registros da avaliação e da prescrição de enfermagem, foi possível constatar barreiras na formalização das ações por meio dos registros.

Algumas condições são essenciais para o desenvolvimento da avaliação dos aspectos emocionais e mentais do paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no hospital geral: aceitação do portador de transtorno mental como pessoa; disponibilidade em querer cuidar desse paciente; encorajamento contínuo à expressão espontânea do paciente; empatia; confiança; compromisso; sigilo profissional; atitude de não-julgamento; estímulo a autoestima; envolvimento emocional terapêutico.<sup>(24)</sup>

Referem-se aos resultados se circunscreverem a uma instituição de saúde, limitando o grupo de participantes, não podendo ser considerado como realidade de outras instituições ou e/ou contextos. Entretanto, pode servir como exemplo a ser aplicado em outras realidades para evidenciar o como está a avaliação dos enfermeiros aos pacientes com alterações emocionais/psíquicas.

Os resultados do estudo sugerem a necessidade do desenvolvimento de competências pelo enfermeiro de hospital geral ao cuidado nas dimensões psíquicas e emocionais. Fortalece que o Processo de Enfermagem auxilia de modo assertivo à tomada de decisões sobre o manejo adequado dos pacientes com alterações psíquicas, transtornos mentais ou de comportamento no ambiente hospitalar.

## CONCLUSÃO

A partir do entendimento do modo como os enfermeiros do hospital geral desenvolvem o Processo de Enfermagem nas dimensões emocionais e/ou psíquicas é possível afirmar que cuidar com competência e abarcando a multidimensionalidade humana é um desafio para a Enfermagem na atualidade e na realidade brasileira. A Enfermagem, é categoria profissional com maior contingente humano nos serviços de saúde e que dedicam o maior tempo a beira leito aos pacientes. Portanto, ressalta-se a importância desses profissionais terem percepção aprimorada, comprometimento e desprendimento para criação de vínculos com os pacientes e alcançar a atuação diferenciada, possibilitando visão singular, abrangente e crítica sobre o processo de enfermagem como ferramenta para qualidade do cuidar e de visibilidade do trabalho da enfermagem. Investir em educação permanente é uma estratégia fundamental para as instituições se munirem de profissionais, com maior competência para cuidar de modo abrangente e com excelência.

## Contribuições

Marcio Roberto Paes - Concepção e desenho do estudo, revisão crítica durante a formulação do pré-projeto, revisão de literatura, tabulação e análise de dados, redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Crystieidi Kiei Sasaki - Concepção e desenho do estudo, revisão de literatura, coleta, tabulação e análise de dados, interpretação dos dados; redação do manuscrito. Otilia Beatriz Maciel da Silva - revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Miriam Aparecida Nimtz - revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Meleis AI. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York/USA: Springer Publishing Company; 2010.
2. Botega NJ (org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
3. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Integrality of care: challenges for the nurse practice. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(3):504-10.
4. Semachew A. Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three governmental hospitals in Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2018;11:173.
5. Puch-Ku GF, Uicab-Pool GA, Ruiz-Rodríguez M, Castañeda-Hidalgo H. Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(2):129-36.
6. Ikuta CY, Santos MA, Badagnan HF, Donato ECSG, Zanetti ACG. Nursing workers' knowledge in psychiatric emergency situations: an integrative review. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(4):1034-42.
7. Hildebrandt LM, Marcolan JF. Concepções da equipe de enfermagem sobre assistência psiquiátrica em hospital geral. *Rev Rene*. 2016;17(3):378-85.
8. Moll MF, Silva LD, Magalhães FHL, Ventura CAA. Nursing professionals and psychiatric admission in general hospital: perceptions and professional training. *Cogitare Enferm*. 2017;(22)2:e49933.
9. Pimenta FJ, Barros MM. Ações e práticas de enfermagem frente ao paciente psiquiátrico atendido em um hospital de urgência e emergência de Porto Velho-RO. *REAS*. 2019;(28):e1059.
10. Dias BVB, Trivelato E, Faccio MR. Perception of own competence to caring on mental disorder' patient: the social representations of nurses. *REFACS*. 2016;4(2):128-34.
11. Paes MR, Maftum MA. Percepções da equipe de enfermagem de um pronto atendimento sobre a pessoa com transtorno mental. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(3):461-9.
12. Silva OB, Paes MR, Albuquerque LM, Cubas MR. A sistematização da assistência de enfermagem como condutora da identidade profissional. In *Programa de Atualização em Enfermagem. Gestão: Ciclo 77*. Porto Alegre: Artmed; 2018, p.11-33
13. Conselho Federal de Enfermagem. Cofen. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 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. Brasília (DF): Cofen; 2018.
14. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan; 4(1):17-27.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
16. Santos DM, Sousa FG, Paiva MV, Santos AT, Pinheiro JM. The nursing based on evidence supporting the construction of the history of nursing: a bibliographic search. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(3):561-9.
17. Garcia AP, Freitas MI, Lamas JL, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):220-30.
18. Bugs TV, Matos FG, Oliveira JL, Alves DC. Evaluación de la exactitud del diagnóstico de enfermería en un hospital universitario. *Enfermería Global*. 2018;17(4):166-201.
19. Campbell K, Massey D, Broadbent M, Clarke KA. Factors influencing clinical decision making used by mental health nurses to provide provisional diagnosis: a scoping review. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(2):407-24.
20. Costa C, Linch GF. The implementation of electronic records related to the nursing process: integrative review. *Rev Pesq Cuid Fundam*. 2020;12:12-19.
21. Badin M, Garcia A, Toledo V. The applicability of the nursing process in caring for psychiatric patients: an integrative review. *Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;11(4):243-55.
22. Pinheiro CW, Araujo KM, Oliveira CM, Alencar AB. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm Foco*. 2019;10(3):64-9.
23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução no. 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. [Internet] 2012 [cited 2020 June 01]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html)
24. Humerez DC, Cavalcante MB, Marcolan JF. Avaliação das condições emocionais e mentais do paciente na clínica. In: Barros AL et cols. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 93-114.
25. Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LG. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco*. 2019;10(3):28-33.

# SABERES DE ADOLESCENTES SOBRE SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA O AGIR EDUCATIVO

ADOLESCENTS KNOWLEDGE ABOUT HEALTH: IMPLICATIONS FOR EDUCATIONAL ACTION

CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE LA SALUD: IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN EDUCATIVA

Sâmela Stefane Corrêa Galvão<sup>1</sup>

Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues<sup>2</sup>

Alexandre Aguiar Pereira<sup>2</sup>

Laura Maria Vidal Nogueira<sup>2</sup>

Ana Paula Graim Mendonça de Araújo<sup>2</sup>

Bruna Alessandra Costa e Silva Panarra<sup>3</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-1107-960X>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9968-9546>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0761-5836>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0065-4509>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3549-2362>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2469-7426>)

## Descritores

Adolescente; Educação em saúde; Atenção primária à saúde; Saúde do adolescente; Enfermagem

## Keywords

Adolescent; Health education; Primary health care; Adolescent health; Nursing

## Descriptores

Adolescente; Educación para la salud; Primeros auxilios; Salud del adolescente; Enfermería

## Recebido

9 de Junho de 2020

## Aceito

10 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Residência intitulado: "Saberes sociais de adolescentes sobre saúde: implicações para a educação em saúde", Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família, Universidade do Estado do Pará, 2018.

## Autor correspondente

Alexandre Aguiar Pereira

E-mail: alexandre\_ap22@hotmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar os conteúdos que integram os saberes sobre saúde entre adolescentes do ensino médio.

**Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido com 30 estudantes de ambos os sexos, na faixa etária de 14 a 19 anos, de uma escola pública no município de Benevides, Pará. Os dados foram produzidos utilizando-se a técnica de Grupo Focal e submetidos à análise de conteúdo temática.

**Resultados:** A partir da análise, formaram-se duas linhas de organização dos temas que serviram de base para as categorias empíricas: 1ª linha organizadora: "Dimensão saúde-família-comunidade" e 2ª linha organizadora: "Assistência à Saúde". Assim, originaram-se três categorias temáticas: "O que pensam os adolescentes sobre a saúde", "A influência da família na saúde do adolescente" e "O adolescente e a busca pelo serviço de saúde".

**Conclusão:** Os saberes sobre saúde estão imbricados no cuidado de si, importância do convívio familiar, concepções biomédicas da saúde e possibilidades de acesso ao serviço. Os jovens reconhecem a família como centro do cuidado e base para ter boa saúde, a partir do fortalecimento das relações de afeto e acolhimento.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the contents that integrate health knowledge among High School adolescents.

**Methods:** Descriptive, qualitative study, developed with 30 students of both sexes, aged 14 to 19 years old, from a public school in the municipality of Benevides, Pará. Data were produced using the focus group technique and submitted by thematic content analysis.

**Results:** From the analysis, two lines of organization of themes were formed, which served as a basis for the empirical categories: 1st organizing line: "Health-family-community dimension" and 2nd organizing line: "Health Care". Thus, three thematic categories emerged: "What do adolescents think about health", "The family's influence on adolescent health" and "Adolescent and the search for health service".

**Conclusion:** Health knowledge is intertwined with self-care, the importance of family life, biomedical concepts of health and possibilities of access to the service. Young people recognize the family as the center of care and the basis for good health based on the strengthening of relationships of affection and welcome.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar los contenidos que integran el conocimiento de la salud entre los adolescentes de enseñanza media.

**Métodos:** Estudio descriptivo, cualitativo, desarrollado con 30 estudiantes de ambos sexos, de 14 a 19 años de edad, de una escuela pública en el municipio de Benevides, Pará. Los datos se produjeron utilizando la técnica de grupos focales y se presentaron Análisis de contenido temático.

**Resultados:** A partir del análisis, se formaron dos líneas de organización de los temas, que sirvieron de base para las categorías empíricas: primera línea organizativa: «Dimensión salud-familia-comunidad» y segunda línea organizativa: "Atención sanitaria". Así, surgieron tres categorías temáticas: "¿Qué piensan los adolescentes sobre la salud?", "La influencia de la familia en la salud de los adolescentes" y "Adolescentes y la búsqueda de servicios de salud".

**Conclusión:** El conocimiento de la salud se entrelaza con el autocuidado, la importancia de la vida familiar, los conceptos biomédicos de salud y las posibilidades de acceso al servicio. Los jóvenes reconocen a la familia como el centro de atención y la base de una buena salud basada en el fortalecimiento de las relaciones de afecto y acogida.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade da Amazônia, Manaus, AM, Brasil.

## Como citar:

Galvão SS, Rodrigues IL, Pereira AA, Nogueira LM, Araújo AP, Panarra BA. Saberes de adolescentes sobre saúde: implicações para o agir educativo. *Enferm Foco*. 2021;12(1):118-24.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3995

## INTRODUÇÃO

A adolescência apresenta características biológicas próprias, porém o adolescente não pode ser visto apenas um ser biológico, mas também como ser social, que sofre influência direta de seu meio, interferindo no seu agir. Importa considerar o sujeito com seu universo de significados que traduz como se apropria do conhecimento, influenciando seu modo de pensar, agir e compartilhar esse conhecimento.<sup>(1)</sup>

Dessa forma, reconhece-se que planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações de promoção à saúde do adolescente permanecem como importante desafio às políticas públicas, tendo em vista que esse período é complexo para estabelecer comportamentos de saúde e diversas as situações que representam vulnerabilidade à saúde desse grupo.<sup>(2)</sup>

Na rotina de suas práticas, os profissionais de saúde reconhecem a dificuldade em desenvolver atividades que despertem a atenção dos adolescentes. Talvez a falta de participação direta deles nos serviços de saúde para cuidar de si seja reflexo da necessidade de compreender os múltiplos fatores aos quais está relacionada a sua pertença, atentando-se não apenas aos aspectos biológicos desse período de transição, mas também seus papéis, valores, crenças e atitudes.<sup>(3)</sup>

Nesse contexto, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizam ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. A ESF, como forma de reorganização da APS, busca fortalecer-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando princípios e diretrizes propostos pelas políticas de saúde, desconstruindo o paradigma do modelo de atenção curativista, hospitalocêntrico e pouco resolutivo, visando ações integrais e contínuas, por intermédio do empoderamento da população a ações de educação em saúde.<sup>(4)</sup>

A promoção da saúde é estratégia na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Foi a partir dessas necessidades, com o objetivo de promover a saúde das crianças e adolescentes no âmbito escolar, que se instituiu, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), considerando-a espaço privilegiado para práticas de promoção e prevenção de agravos à saúde, tornando a articulação entre escola e Unidade de Saúde importante demanda do PSE.<sup>(5)</sup>

Discute-se que os profissionais de saúde têm poucas oportunidades de articulação com a educação formal para desenvolver ações com adolescentes no âmbito da escola e, quando possível, se dão de modo pontual e descontínuo,<sup>(6)</sup> o que corrobora a necessidade de fortalecer essa parceria.

Constata-se que poucas pesquisas, até o momento, analisaram o que pensam os adolescentes sobre sua saúde, no intuito de repensar práticas educativas direcionadas a eles. Vale ressaltar a importância de conhecer essas percepções para guiar práticas desenvolvidas pelos profissionais e, assim, efetivar a premissa da promoção da saúde como ação inerente à APS. A ESF, por estar intimamente ligada à comunidade, é cenário favorável ao desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, pautadas na real necessidade do usuário.

Partindo do pressuposto que a ESF precisa intensificar e ampliar o escopo de ações à prevenção das vulnerabilidades à saúde na adolescência,<sup>(4)</sup> e considerando que conhecer os saberes dos adolescentes sobre sua saúde é imprescindível para planejar e avaliar as ações de saúde para esse grupo, delineou-se o seguinte objetivo: Identificar os conteúdos que integram os saberes sobre saúde entre adolescentes do ensino médio.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo e descritivo, baseado nos critérios consolidados para relato de estudos qualitativos – COREQ.<sup>(7)</sup>

Desenvolvido em uma escola estadual de ensino médio, localizada no município de Benevides, região metropolitana de Belém, Pará, e inserida na área adstrita de uma ESF.

Participaram 30 adolescentes, considerando-se o critério de saturação.<sup>(8)</sup> Foram incluídos estudantes de ambos os sexos, na faixa etária de 14 a 19 anos, regularmente matriculados e que apresentavam condições físicas e cognitivas de responder ao instrumento de produção de dados. Excluí-se aqueles que, mesmo atendendo aos critérios de inclusão, não estavam frequentando regularmente a escola no período de produção dos dados.

Utilizou-se a técnica do Grupo Focal (GF), entendendo-se que, trabalhar com público adolescente, necessita de dinamismo e interação que o GF proporciona, pois trata-se de técnica que coleta informações sobre determinado tema por meio da discussão interativa entre os participantes, proporcionando a troca de experiências sobre a questão em estudo e o protagonismo dos participantes, na medida em que dialogam e constroem coletivamente os resultados da pesquisa.<sup>(9)</sup>

Para viabilizar a pesquisa, realizou-se primeiro contato com a enfermeira da ESF, em cuja área de abrangência encontra-se a escola. Esta mediou o encontro entre os pesquisadores e a diretora da escola para conhecer o projeto e a importância da participação dos estudantes. Posteriormente, as reuniões foram agendadas pela secretária da escola, de acordo com o calendário

acadêmico, para que não comprometessem as atividades escolares.

A secretária possibilitou o encontro com os adolescentes, que mostraram interesse em participar e, nesse momento, foi esclarecido sobre a técnica GF e feito o convite para participação. Com os que aceitaram, agendou-se o encontro seguinte, mediante a disponibilidade de todos. Os adolescentes foram divididos em dois grupos, com 15 participantes em cada. Os encontros foram realizados em quatro dias, no período de novembro a dezembro de 2017, nas dependências da escola. Dois no horário da manhã e dois à tarde.

Nos encontros foram discutidos temas pertinentes ao objeto de pesquisa, seguindo roteiro de discussão com o intuito de explorar os saberes dos jovens sobre saúde. Os grupos foram moderados pelos pesquisadores e as falas gravadas mediante consentimento de todos.

Para análise, utilizou-se a análise de conteúdo temática.<sup>(10)</sup> As entrevistas foram transcritas na íntegra, constituindo um *corpus* organizado por questões em seu eixo horizontal e respondentes em seu eixo vertical. Os depoimentos foram classificados tomando por base as unidades de registros correspondentes a cada questão, e delas se extraíram as palavras e frases-tema, agrupadas em núcleos de sentido, de acordo com sua ocorrência e co-ocorrência.

A análise propiciou duas linhas de organização dos temas, base para as categorias empíricas de análise: 1ª linha organizadora: "Dimensão saúde-família-comunidade" e 2ª linha organizadora: "Assistência à Saúde". As categorias temáticas, de acordo com os temas identificados, foram denominadas: "O que pensam os adolescentes sobre a saúde", "A influência da família na saúde do adolescente" e "O adolescente e a busca pelo serviço de saúde".

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.042.052, atendendo-se a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes maiores de 18 anos, os menores e seus responsáveis legais assinaram seus respectivos Termos de Consentimento e Assentimento.

O possível risco de quebra de sigilo da identidade dos participantes foi minimizado com o uso de código alfanumérico, com a letra "A" de adolescente, seguida de numeração sequencial atribuída pelo observador, a partir da primeira manifestação do participante no grupo.

## RESULTADOS

### Caracterização dos participantes

Predominou o sexo masculino com 17 (56,7%), 22 (73%) na faixa etária de 14 e 17 (73%) sendo que 25 (83,2%)

deles cursavam o segundo e terceiro ano do ensino médio. Quanto à religião, 14 (46,6%) declararam-se evangélicos e 10 (33,3%) católicos. A renda familiar mensal variou de um a três salários mínimos para 19 (63,2%). Para 16 (53,3%), as famílias eram constituídas por mãe, pai e irmãos, embora se fizesse presente também, em alguns núcleos, os avós, tios, primos e padrasto.

### Categoria 1: O que pensam os adolescentes sobre a saúde

Nesta categoria, discute-se as formas como os adolescentes constroem seus saberes sobre o que é saúde, o que é ter saúde, o que é preciso para ter saúde e o reconhecimento de si próprio como pessoas saudáveis, considerando as particularidades desse grupo.

O julgamento sobre esses saberes é apresentado concomitantemente, pois os adolescentes discorreram sobre esses questionamentos em ideias semelhantes durante seus depoimentos, quais sejam: saúde como sendo hábitos de vida saudáveis (dentre estas as práticas alimentares regionais), ir ao médico/hospital, cuidar de si e bem-estar emocional. Estes temas se sobressaíram de forma isolada ou em conjunto. Para eles, não há um único conceito que seja capaz de definir saúde, pois essa definição pode envolver dimensões objetivas e subjetivas:

*"É ter hábitos saudáveis, se alimentar direito, não comer coisas industrializadas, fazer exercício diário se possível, ir ao médico [...]" (A12)*

*"Eu definiria saúde como tomar o açaí, porque dá aquela alegria e é a polpa de uma fruta bem saudável para o corpo humano, proteína, ferro [...]. E para mim isso é saudável." (A10)*

*"É bem estar emocional, ter todas as pessoas que eu amo, que eu gosto, do meu lado e ter um bom convívio com elas, com a família, com os parentes [...]" (A3)*

Quando indagados sobre o reconhecimento de si próprio como pessoas saudáveis, os depoimentos variaram entre afirmativas, negativas e o condicional, de forma equivalente:

*"Sim, não com saúde perfeita, mas com saúde, em boa parte me alimento direito, me exercito quando dá e algumas meditações eu faço." (A10)*

*"Não, como eu falei eu como muita besteira, não me mantenho saudável. Falta fazer exercício, comer coisas saudáveis, a minha família também, eles comem muita besteira." (A24)*

*"Depende, porque se fosse pra pensar no modo mental, muita gente, se sente mal, acho que a maioria*

*das pessoas se sentem mal, fisicamente, tirando essa parte do psicológico, nós estamos bem.” (A9)*

### **Categoria 2: A influência da família na saúde do adolescente**

Nesta categoria, os adolescentes destacaram dois temas relacionados à influência da família na saúde: influência no comportamento alimentar e no suporte afetivo, demonstrando o entendimento de que a saúde não está ligada somente aos aspectos físicos e mensuráveis, mas que compreende também um componente de subjetividade valorizado por eles.

Ressaltaram que o cotidiano familiar pode influenciar de forma positiva ou negativa para se manter saudáveis, considerando, principalmente, os hábitos alimentares predominantes entre pais e/ou familiares:

*“[...] A minha irmã gosta muito de comer besteira, meu pai também, mesmo sabendo que não pode, ele teve câncer e não pode comer algumas coisas, mas come assim mesmo. Falta consciência de querer ser saudável, porque eles sabem que não podem fazer isso, mas, fazem.” (A27)*

*“A gente não está disposto [a mudar de hábitos], minha família tem tendência à diabetes e eu não estou disposta a cortar coisas que eu gosto de comer, porque eu posso adquirir a diabetes ou pressão alta.” (A25)*

Os jovens reconhecem a família como centro do cuidado e base para ter boa saúde a partir da existência e fortalecimento das relações de afeto e acolhimento. A situação de não acolhimento familiar acarreta riscos de ordem física e psicológica e o desencadeamento de doenças, pois induz o jovem a buscar drogas lícitas/ilícitas ou outras situações perigosas, entre elas, as relações sexuais sem proteção, para suprir suas necessidades afetivas, numa tentativa de compensar a lacuna deixada pela família:

*“Às vezes é muito difícil, não tem como se comunicar, não tem aquela comunicação com os pais.” (A20)*

*“A família é o principal, a família é a base, é o alicerce para a gente poder ter saúde.” (A1, A17, A10)*

*“Ah! Eu não tenho conforto em casa e nem tenho atenção, vou procurar na rua e encontro droga, bebida, certas amizades, tudo que não presta, que não envolve o lado certo e sim o lado errado.” (A10)*

*“Tem um amigo meu, que a família dele é muito ruim, o convívio com a família é o que joga ele pra baixo, está com depressão por causa disso.” (A11)*

### **Categoria 3: O adolescente e a busca pelo serviço de saúde**

Nesta categoria, identificou-se que os adolescentes sabem da existência da ESF em sua vizinhança e recebem em casa a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), porém, a procura pelos serviços de saúde ainda é motivada pela doença e fatores associados. A falta de informação sobre serviços disponíveis para eles e a dificuldade de acesso aos serviços também motivam a baixa procura:

*“A gente vai no posto de saúde quando está doente, serve para saber o que a gente tem fisicamente. Da minha área os profissionais são muito arrogantes, por isso eu tenho que sair da minha localidade para ir para outra.” (A10)*

*“Eu só vou quando estou morrendo.” (A7)*

*“A gente não vai também pela falta de informação, os profissionais não incentivam.” (A5)*

## **DISCUSSÃO**

A adolescência é fase marcada por diversas modificações e construção de um ser social mediante suas relações diárias e seus grupos de convivência.<sup>(11)</sup> Analisar os saberes dos adolescentes sobre saúde cria oportunidades de intervenção por meio de educação em saúde, visando à sua promoção.

No que diz respeito ao que pensam os adolescentes sobre saúde, os depoimentos mostraram conteúdos que orientaram e organizaram suas ideias partindo do senso comum, do seu cotidiano, voltando-se para suas vivências e experiências pessoais. Com seus relatos, se aproximaram do objeto, mostrando o percurso na construção de seus saberes sobre ele e, que é na vida social, que os acontecimentos se renovam e eternizam, marcando a vida do sujeito e sua história.<sup>(12)</sup>

Na compreensão dos adolescentes, é necessário que tenham conhecimentos para serem capazes de reconhecer características e sinais de funcionamento do próprio corpo e de si, no sentido de adotar iniciativas para um cuidado preventivo e busca de ajuda profissional para enfrentar possíveis problemas e suas necessidades em saúde.<sup>(13)</sup>

O cuidar de si está relacionado isoladamente ou em conjunto, com estratégias de hábitos de vida saudáveis, que reforça a importância da manutenção de bons hábitos alimentares para manutenção de estilo de vida adequado. Os hábitos são construídos socialmente e estão ligados à questões de ordem subjetiva, social e cultural, revelando o grau de pertencimento aos padrões culturais (costumes regionais, tradições familiares, crenças) na construção da concepção sobre saúde,<sup>(1)</sup> a exemplo, neste estudo, do

hábito de ingestão diária de açaí, fruto típico da Região Norte e muito consumido pela população em geral, como refeição ou complemento desta.

Conforme se desenvolveu o diálogo, destacaram que se sentem saudáveis fisicamente, apesar da fragilidade psicológica, e não saudáveis no que diz respeito ao consumo alimentar inadequado e ausência de atividades físicas. Os adolescentes têm conhecimentos sobre alimentação saudável e sobre problemas que os maus hábitos podem acarretar à saúde, questão mais ligada à cultura de tais práticas do que à informação, pois não assumem essas atividades em seu cotidiano.<sup>(12)</sup>

Isso pode ser explicado pela condição de vulnerabilidade que o adolescente enfrenta e, percebê-la, envolve reconhecer a fragilidade deste grupo na capacidade de elaborar informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações, e transformar essas preocupações em práticas protetoras.<sup>(14)</sup>

Quanto à influência da família na saúde do adolescente, ressalta-se a importância desta na construção de saberes e fazeres de saúde, manifestado nas escolhas alimentares e pelo suporte afetivo. Os adolescentes objetivam a família no alicerce, na maioria das vezes, representadas pela figura materna e paterna, que possuem representação forte e norteadora nas práticas de saúde dos seus membros, das relações de segurança e arranjos constituídos.<sup>(15)</sup>

Essa ideia vai ao encontro de estudo realizado no nordeste do Brasil, que analisou as redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde e evidenciou que percebem a família como principal suporte e orientação, que o apoio familiar articulado com o de educadores, profissionais de saúde e grupos de iguais integrados em projetos sociais e educativos, configuram uma rede que favorece sua saúde, ajudando-os a superar os desafios decorrentes das transformações físicas, mentais e sociais, contribuindo no seu desenvolvimento pessoal, social e ante escolhas e decisões.<sup>(15)</sup>

Cabe ressaltar que a representação da família, para os adolescentes, foi considerada com base nos significados que este grupo social apresentava, uma vez que é no âmbito familiar que buscam apoio, consolo e forças para alcançar seus objetivos, bem como superar dificuldades e dissabores da vida. Assim, o distanciamento emocional, a ausência de diálogos, a rejeição dos pais e a tensão familiar podem acarretar riscos à saúde do adolescente conforme identificado por eles, desenvolvendo condutas sociais desajustadas que podem trazer, como consequência, danos físicos, emocionais e morais.

Estudo que buscou as percepções de enfermeiros sobre problemas de saúde mental em adolescentes de escolas secundárias na Noruega, demonstrou que enfermeiros

de saúde pública são colaboradores importantes, mas nem sempre são incluídos na colaboração interprofissional das escolas. Esse conhecimento é essencial para fortalecer o papel e a presença destes nesses espaços, o que certamente poderia beneficiar adolescentes com problemas de saúde mental no ensino médio.<sup>(16)</sup>

Ao tratar da busca pelo serviço de saúde, identificou-se elementos aproximados com o paradigma biomédico. Apesar dos esforços das políticas atuais, os adolescentes apresentavam uma percepção de cuidado à saúde voltada ao modelo curativista e à lógica hospitalocêntrica. Esse aspecto se revelou na busca pela assistência à saúde, motivada pela doença ou quando “levado” por familiar, em geral a mãe, demonstrando o distanciamento existente entre o adolescente e as práticas de promoção e prevenção que deveriam ser desenvolvidas na ESF.<sup>(17)</sup>

Estudo desenvolvido em enfermaria de atenção especializada em saúde do adolescente de hospital universitário no Estado do Rio de Janeiro, identificou déficit de unidades de atenção à saúde voltados aos adolescentes, o que reflete a in experiência dos profissionais com este público, tornando essa vivência desafiadora, principalmente em decorrência de julgamentos prévios sobre a adolescência.<sup>(18)</sup>

A ESF, apresenta-se como um desafio, desde sua implantação, para a reorientação do modelo hegemônico, biológico, focado na doença e na cura, dissociado do contexto social. Há que pensar um modelo que priorize ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, com ênfase nos determinantes sociais de saúde, pois são evidentes as práticas tradicionais e a supervalorização do atendimento clínico ainda presentes nesses serviços o que, possivelmente, pode ser explicado pela complexidade de mudar um modelo fortemente arraigado, dificultando a mudança cultural de pensamento da lógica da saúde para os usuários.<sup>(17)</sup>

Esse desafio precisa ser superado, posto que a ESF pode contribuir para o enfrentamento dos fatores de risco da adolescência e suas vulnerabilidades por meio de ações de promoção da saúde.<sup>(19)</sup> A objetivação das práticas de saúde nesse modelo demonstra que as pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si, produzem e comunicam incessantemente suas ideias e soluções às questões que eles mesmos colocam.

Os resultados apresentados podem contribuir e servir de base para o planejamento de ações do PSE, sejam elas de promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, prevenção das violências e dos acidentes, alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil, já que, para o planejamento de suas ações, o PSE deve considerar os contextos escolar e social da criança/adolescente.<sup>(20)</sup>

Sabe-se que a adolescência é um estágio de desenvolvimento peculiar, com necessidades específicas de saúde que devem ser tratadas de maneira eficaz e atenciosa pelos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros.<sup>(21)</sup> Nesse contexto, o enfermeiro, em sua competência nos serviços de saúde, pode ser protagonista e multiplicador das transformações das práticas em saúde por meio de educação permanente, juntamente a outros profissionais de saúde, que devem ser fontes de apoio para os adolescentes.<sup>(15)</sup>

Para isso, as práticas educativas em saúde são preconizadas numa vertente dialógica, emancipadora, participativa, criativa e ancorada na subjetividade inerente aos seres humanos.<sup>(22)</sup> A enfermagem tem importância peculiar nesses contextos, tanto no que se refere ao cuidado quanto na promoção da saúde. Dessa forma, propõe-se, entre outros esforços, a inclusão de enfermeiros escolares na educação em saúde praticada nesses ambientes, envolvendo o corpo discente, docente e pais dos alunos.<sup>(23)</sup>

Entende-se como limitação o número de participantes, frente ao grande contingente de adolescentes no cenário onde se desenvolveu o estudo. Por conta da dinâmica escolar e das características próprias dos adolescentes, não foi possível operacionalizá-lo com maior número em razão do exíguo tempo para a produção dos dados.

Conhecer o que pensam os adolescentes sobre a saúde pode ajudar a criar subsídios para que as ações de educação em saúde possam ser mais efetivas. A forma como elaboram suas ideias pode influenciar nas práticas educativas e de promoção à saúde ofertadas pela ESF, proporcionando aos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, reflexão sobre estratégias mais adequadas para motivar a adesão desse grupo.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que os adolescentes lançam mão de valores, crenças e experiências, para dar significado à saúde. Ficou

evidente que seus saberes estão imbricados na condição de cuidado de si, hábitos saudáveis, influência e importância do convívio familiar, concepções biomédicas da saúde e de seu contexto psicossocial, às vezes, com significados diferentes, mas que se complementam. Outro ponto relevante foi o acesso dos adolescentes à ESF e a necessidade de captação deles por meio do estabelecimento de vínculo com a equipe, humanização do atendimento, estratégias de acolhimento e ações de saúde específicas para eles. É necessário, reorganizar o processo de trabalho, incluindo a família nas ações de promoção à saúde, pois esta exerce forte influência nas suas práticas de saúde. Vale destacar a importância da integração saúde e escola, uma vez que esta é um espaço de pertencimento do adolescente e onde convive parte do seu tempo. Entende-se que o PSE, como política intersetorial, deve integrar-se com as temáticas advindas dos saberes sobre saúde dos adolescentes pois, compreender o seu contexto social, permite planejar práticas de intervenção para a educação em saúde de forma mais precisa.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio do Ministério da Saúde, por meio de Bolsa dos Programas de Residência Multiprofissionais e Uniprofissionais em Saúde, edital nº 001/2016 – Universidade do Estado do Pará (UEPA).

## Contribuições

Sâmela Stefane Corrêa Galvão e Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues: concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada; Alexandre Aguiar Pereira, Laura Maria Vidal Nogueira, Ana Paula Graim Mendonça de Araújo e Bruna Alessandra Costa e Silva Panarra: redação/revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Silva AC, Sales ZN, Moreira RM, Boery EN, Santos WS, Teixeira JR. Representações sociais de adolescentes sobre ser saudável. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2014;36(2):397-409.
2. Gwon SH, Jeong S. Concept analysis of impressionability among adolescents and young adults. *Nurs Open*. 2018;5(4):601-10.
3. Moreira RM, Boery EN, Oliveira DC, Sales ZN, Boery RN, Teixeira JR, et al. Social representations of adolescents on quality of life: structurally-based study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):49-56.
4. Soratto J, Pires DE, Dornelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):584-92.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 12]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf)
6. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2015 [cited 2020 May 05]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf)
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.

8. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit.* 2017;5(7):1-12.
9. Kinalski DD, Paula CC, Padoin SM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):424-9.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2016.
11. Brasil EG, Silva RM, Silva MR, Rodrigues DP, Queiroz MV. Adolescent health promotion and the School Health Program: complexity in the articulation of health and education. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03276.
12. Silva JG, Teixeira ML, Ferreira MA. Eating during adolescence and its relations with adolescent health. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(4):1095-1103.
13. Freitas JS, Chaves MM, Raksa VP, Larocca LM. Hospital admissions of adolescents due to primary care sensitive conditions in a health region. *Cogitare Enferm.* 2018;23(4):e56188.
14. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface.* 2018;22(64):177-88.
15. Costa RF, Zeitoune RC, Queiroz MV, Gómez GC, Ruiz GM. Adolescent support networks in a health care context: the interface between health, family and education. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):741-7.
16. Granrud MD, Anderzèn-Carlsson A, Bisholt B, Steffenak AK. Public health nurses' perceptions of interprofessional collaboration related to adolescents' mental health problems in secondary schools: A phenomenographic study. *J Clin Nurs.* 2019;28(15-16):2899-910.
17. Alves MJ, Albuquerque GA, Silva AS, Belém JM, Nunes JF, Leite MF, et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. *SANARE.* 2016;15(2):37-46.
18. Reis NS, Santos MF, Almeida IS, Gomes HF, Leite DC, Peres EM. A hospitalização do adolescente na ótica dos profissionais de enfermagem. *Enferm Foco.* 2019;9(2):7-12.
19. Esmeraldo GR, Oliveira LC, Esmeraldo Filho CE, Queiroz DM. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev APS.* 2017;20(1):98-106.
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017: redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola-PSE por Estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [internet].* 2017 [cited 2020 Apr 23]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\\_1055\\_25\\_5\\_2017.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_1055_25_5_2017.pdf)
21. Jamalimoghadam N, Yektatab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics.* 2019;26(3):728-37.
22. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RM, Fernandes MM, Carneiro AC, Godinho LK. Educational group practices in Primary Care: interaction between professionals, users and knowledge. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(2):284-91.
23. Moraes AL, Costa SC, Silva SS, Boulhosa MF, Feitosa ES, Costa CM. O adolescente e sua sexualidade: uma abordagem em educação e saúde na escola. *Enferm Foco.* 2019;10(2):149-54.

# QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

QUALITY OF LIFE AND HEALTH CONDITIONS OF PATIENTS WITH HYPERTENSION ARTERIAL AND DIABETES MELLITUS

CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

Júlio César Vieira Ferreira<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-3126-0169>)

Rafaella Pessoa Moreira<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-2341-7936>)

Glauciano de Oliveira Ferreira<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5142-671X>)

Janiel Ferreira Felício<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-5601-0086>)

## Descritores

Qualidade de vida; Hipertensão;  
Diabetes mellitus; Nível de saúde;  
Enfermagem

## Descriptors

Quality of life; Hypertension;  
Diabetes mellitus; Health level;  
Nursing

## Descriptores

Calidad de vida; Hipertensión;  
Diabetes mellitus; Nivel de salud;  
Enfermería

## Recebido

12 de Abril de 2020

## Aceito

8 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Janiel Ferreira Felício  
E-mail: [janielferreirafelicio@gmail.com](mailto:janielferreirafelicio@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar estudos referentes à avaliação da qualidade de vida e as condições de saúde de pacientes hipertensos e diabéticos com disposição para controle da saúde melhorado.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura, realizada no período de junho a julho de 2018. Foram coletados dados nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS e SciELO. Consoante os critérios de inclusão, estabeleceu-se uma amostra final de 22 artigos.

**Resultados:** Foram encontradas pesquisas que exploraram as medidas de qualidade de vida de pacientes com hipertensão arterial e diabetes. Notou-se que os profissionais da atenção básica atuam como agentes relevantes para o controle dessas doenças. Observou-se a importância da adesão medicamentosa e do perigo que os fatores de risco podem causar nesses pacientes.

**Conclusão:** Os principais fatores que influenciam na qualidade de vida e condições de saúde são: maior renda per capita, nível de escolaridade, adesão a medicação, visitas aos profissionais da atenção primária, obesidade, transtornos mentais e idade.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze studies related to the assessment of quality of life and health conditions of hypertensive and diabetic patients with a willingness to improve health control.

**Methods:** Integrative literature review, carried out from June to July 2018. Data were collected in the following databases: PUBMED, LILACS and SciELO. Depending on the inclusion criteria, a final sample of 22 articles was established.

**Results:** Researches were found that explored the quality of life measures of patients with arterial hypertension and diabetes. It was noted that primary care professionals act as relevant agents for the control of these diseases. It was observed the importance of medication adherence and the danger that risk factors can cause in these patients.

**Conclusion:** The main factors that influence quality of life and health conditions are: higher per capita income, education level, medication adherence, visits to primary care professionals, obesity, mental disorders and age.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar estudios relacionados con la evaluación de la calidad de vida y las condiciones de salud de pacientes hipertensos y diabéticos con voluntad de mejorar el control de la salud.

**Métodos:** Revisión integrativa de la literatura, realizada de junio a julio de 2018. Los datos fueron recolectados en las siguientes bases de datos: PUBMED, LILACS y SciELO. Dependiendo de los criterios de inclusión, se estableció una muestra final de 22 artículos.

**Resultados:** Se encontraron investigaciones que exploraron las medidas de calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial y diabetes. Se señaló que los profesionales de atención primaria actúan como agentes relevantes para el control de estas enfermedades. Se observó la importancia de la adherencia a la medicación y el peligro que pueden ocasionar los factores de riesgo en estos pacientes.

**Conclusión:** Los principales factores que influyen en la calidad de vida y las condiciones de salud son: mayor ingreso per cápita, nivel educativo, adherencia a la medicación, visitas a profesionales de atención primaria, obesidad, trastornos mentales y edad.

<sup>1</sup>Prefeitura Municipal de Aracoiaba, Aracoiaba, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade da Integração da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

## Como citar:

Ferreira JC, Moreira RP, Ferreira GO, Felício JF. Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Enferm Foco*. 2021;12(1):125-31.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3305

## INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que, em todo o mundo, essas doenças acometem anualmente 38 milhões de pessoas<sup>1</sup>. Correspondem, nesse sentido, a 68% da mortalidade global<sup>1</sup>. Foram, por isso, consideradas pela OMS a segunda prioridade em saúde para o ano de 2019.

Entre as doenças crônicas, a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) são as mais prevalentes. A HA é definida como uma condição clínica multifatorial na qual ocorre uma elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Quanto ao DM, consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, resultante de uma deficiência na produção ou na ação da insulina.<sup>(1,2)</sup>

No Brasil, o número de pessoas diagnosticadas com DM teve um aumento de 61,8%, passando de 5,5% em 2006, para 8,9% em 2016. Já a HA passou de 22,5% em 2006, para 25,7% em 2016, indicando um aumento de 14,2%<sup>1</sup>. Os pacientes com essas doenças podem ter sua qualidade de vida e saúde afetadas. Tanto a DM quanto a HA, requerem a adoção de uma nova rotina durante o tratamento, comprometendo, muitas vezes, a situação financeira, as relações sociais, de trabalho e de lazer, o que representa uma ameaça a qualidade de vida do paciente.<sup>(2-4)</sup>

Diante disso, é relevante conhecer o que a literatura científica tem abordado a respeito da qualidade de vida e das condições de saúde de pacientes com HA e DM. Tal conhecimento pode embasar a tomada de decisão de profissionais da atenção primária a saúde, contribuindo para uma assistência de enfermagem mais integral que, dentre outras coisas, busque mecanismos para elevar a qualidade de vida e as condições de saúde dessa população. Mediante o exposto, o objetivo deste estudo foi conhecer a qualidade de vida e as condições de saúde de pacientes hipertensos e diabéticos com disposição para o controle da saúde melhorado.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de estudo permite a síntese do conhecimento e a inclusão da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática clínica.<sup>(5,6)</sup> Para esta revisão, foram adotadas as seguintes etapas: formulação da pergunta norteadora, especificação dos métodos de seleção dos estudos, coleta de dados, análise e avaliação dos estudos.

Nesse sentido, a pergunta norteadora foi: qual a avaliação da qualidade de vida e as condições de saúde de

pacientes hipertensos e diabéticos com disposição para controle da saúde melhorado?

A coleta de dados ocorreu no período de junho a julho de 2018 nas bases de dados: PUBMED, LILACS e SciELO. Foram utilizados os descritores em ciências da saúde para a língua portuguesa e inglesa: diabetes mellitus (*diabetes mellitus*), hipertensão (*hypertension*), qualidade de vida (*quality of life*). Destaca-se que foi usado o operador booleano AND entre esses descritores.

A coleta de dados seguiu quatro etapas consecutivas: identificação dos artigos; seleção pela leitura do título e resumo; elegibilidade e inclusão. Para um melhor detalhamento dessas etapas, foi utilizado o método PRISMA<sup>(4,5)</sup> que sintetiza o processo de busca e análise de estudos revisados.

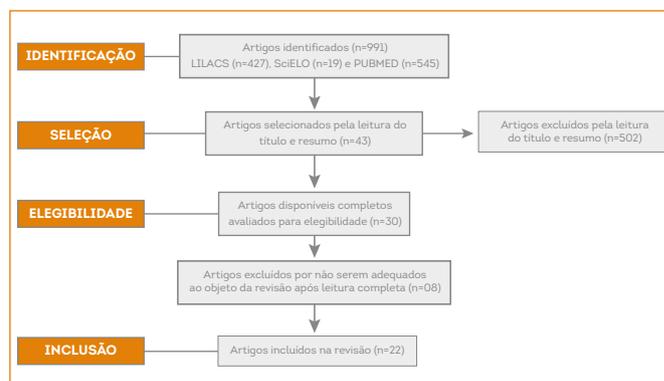


Figura 1. Fluxograma PRISMA das etapas da coleta de dados

Como critérios de inclusão, considerou-se: artigos, dissertações ou teses disponíveis na íntegra em português, inglês e/ou espanhol, publicados entre janeiro de 2014 e julho de 2018 para abranger os últimos 5 anos. Em contrapartida, foram excluídos os artigos de revisão de literatura, artigos reflexivos, editorial e artigos repetidos, bem como os que respondiam à pergunta norteadora desta revisão. Com relação à organização e análise dos dados, foi utilizada a leitura exploratória com foco no título, resumo, objetivos, métodos e principais resultados. Após essa leitura, fez-se uma análise criteriosa dos vinte e dois artigos incluídos na amostra final. A partir disso surgiram as seguintes categorias temáticas: condições de saúde e a ESF na qualidade de vida de diabéticos e hipertensos; medicação e fatores de risco no DM e HAS; fatores associados à qualidade de vida; diagnóstico de enfermagem nos pacientes diabéticos e hipertensos. A descrição dos resultados desta revisão foi feita por meio de frequência absoluta e relativa. Os dados foram organizados em um quadro síntese, contendo o nome dos autores, título, objetivo, periódico, base de dados e país e ano da publicação.

## RESULTADOS

A amostra dessa revisão constituiu-se de 22 artigos. Destes, 50% foi encontrado na LILACS, 9% na SciELO, 41%

na PUBMED. A maioria dos artigos (41%) eram de origem brasileira. O quadro 1, apresenta as principais características dos artigos que compuseram a amostra final (n=22).

**Quadro 1.** Sumarização dos artigos que constituem a amostra da revisão integrativa da literatura

Autor/Título	Objetivo	Resultados principais	Nível de evidência	Fonte de dados	País/Ano/Base de dados
Sampaio FC, <i>et al</i> / Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas <sup>(6)</sup>	Identificar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas usuárias da atenção primária à saúde	As intervenções de Enfermagem conduzem ao melhoramento da qualidade de vida de acordo com plano de cuidados	VI	Investigacion Y Educacion en Enfermeria	Brasil/ 2017/ LILACS
Esteves M <i>et al</i> / Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial <sup>(7)</sup>	Avaliar a qualidade de vida de pacientes idosos hipertensos e diabéticos em um ambulatório de um hospital universitário no interior do estado de São Paulo, Brasil.	Idosos hipertensos apresentam maior tendência ao comprometimento do funcionamento sensorial e impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida em relação aos idosos diabéticos.	VI	Medicina (Ribeirão Preto Online)	Brasil/ 2017/ LILACS
Santos V, Pioli, MR, Modolo R / Efeitos dos Antidiabéticos Oraís sobre a Pressão Arterial <sup>(8)</sup>	Conhecer os potenciais efeitos pressóricos e cardioprotetores de medicações disponíveis para o tratamento do diabetes e para melhorar a qualidade de vida desses pacientes	O conhecimento das possibilidades terapêuticas dos hipoglicemiantes orais e de suas eventuais ações sobre a PA é de suma importância para um tratamento mais adequado com melhor controle tanto glicêmico quanto pressórico.	III	Revista Brasileira de Hipertensão	Brasil/2016/ LILACS
Lacerda J <i>et al</i> / Descriptive study of the prevalence of anemia, hypertension, diabetes and quality of life in a randomly selected population of elderly subjects from São Paulo <sup>(9)</sup>	Este estudo descreve a prevalência de anemia, hipertensão e diabetes e o estado geral de saúde em idosos pré-idosos e idosos matriculados em duas clínicas de atendimento, eldorado e Piraporinha, na cidade de diadema, São Paulo.	Há prevalências de anemia, hipertensão e diabetes na população de pré-idosos e idosos. Ambos os grupos apresentaram graus de dependência e comprometimento do estado de saúde.	VI	Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia	Brasil/ 2016/ LILACS
Rodrigues, ECM; Neves FTA / Estudo do uso de medicamentos em pacientes com diabetes e hipertensão do programa de extensão "diabetes mellitus" por meio da metodologia dader <sup>(10)</sup>	Buscar caracterizar o uso de medicamentos pelos pacientes atendidos por um programa de extensão multidisciplinar	a atuação do profissional farmacêutico torna-se essencial para identificar e resolver os problemas, buscando melhorias na qualidade de vida do paciente.	VI	Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences,	Brasil/ 2016/ LILACS
Vasconcelos SML <i>et al</i> / Insegurança Alimentar em Domicílios de Indivíduos Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes <sup>(11)</sup>	Avaliar fatores de risco cardiovascular em portadores de ha e/ou dm e sua relação com a condição socioeconômica e a situação de insegurança alimentar nos domicílios	a dificuldade de acesso a uma alimentação saudável em quantidade e qualidade compromete o tratamento e controle de possíveis agravos	VI	Int J Cardiovasc Sci	Brasil/ 2015/ LILACS
Jiménez ML <i>et al</i> / Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos <sup>(12)</sup>	Descrever o estilo de vida de pacientes hipertensos e diabéticos crônicos	As entrevistas são úteis para conhecer os estilos de vida dos pacientes crônicos, pois permitem analisar a percepção dos pacientes sobre os fatores que influenciam o autocuidado. Os profissionais de saúde devem monitorar os indicadores fisiológicos das doenças crônicas e as dimensões emocionais e sociais dos pacientes, uma vez que afetam a percepção da qualidade de vida.	VI	Index de Enfermeria	Espanha/ 2015/LILACS
Winkelmann ER, Fontela PC. / Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na estratégia saúde da família, em Ijuí, rio grande do sul, 2010-2013 <sup>(13)</sup>	Descrever as condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 com idade <75 anos, cadastrados na estratégia saúde da família da área urbana do município de Ijuí-RS, Brasil, em 2010-2013	Necessidade da implementação de ações voltadas à educação em saúde e intervenção terapêutica, para a adoção de hábitos de vida e alimentares saudáveis	VI	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Brasil/ 2014/ LILACS
Chin YR, Lee IS, Lee HY. / Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly korean individuals: a population-based cross-sectional survey <sup>(14)</sup>	Explorar a qualidade de vida relacionada à saúde em idosos coreanos com hipertensão, diabetes e / ou doença cardiovascular	Os esforços para prevenir ou controlar diabetes, DCV e fatores de risco relacionados devem incluir suporte psicológico.	IV	Asian Nursing Research	Coreia do sul/ 2014/ LILACS
Nyanzi R <i>et al</i> / Diabetes and Quality of Life: A Ugandan Perspective <sup>(15)</sup>	Avaliar a qualidade de vida nas dimensões de limitação de função devido à saúde física, emocional, satisfação com o tratamento, resistência física e satisfação com a dieta com base em uma escala Likert de cinco pontos.	Influência da idade, nível de educação e situação das úlceras dos pés na qualidade de vida dos pacientes	IV	Journal of Diabetes Research	África oriental/ 2014/ LILACS
Santo CE / Perfil da Saúde Geral e Qualidade de Vida de Idosos de uma Instituição de Longa Permanência do Município de Bauru <sup>(16)</sup>	Descrever o perfil de qualidade de vida e aspectos da saúde de residentes de uma instituição de longa permanência para idosos por meio de instrumentos multidimensionais de medida	Verificou-se relação estatisticamente significativa entre o tempo de institucionalização e o domínio Aspectos Sociais, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na qualidade de vida entre os indivíduos com e sem as doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	IV	Tese de Doutorado Universidade De São Paulo	Brasil/ 2014/ LILACS
Miranda LCV, Soares SM, Silva PB / Qualidade de Vida e Fatores Associados em Idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa <sup>(17)</sup>	Identificar fatores associados à boa qualidade de vida de idosos de um centro de referência em Belo Horizonte, MG, Brasil.	Idade avançada, atividade física, diabetes melito, doenças osteomusculares, hipertensão arterial e depressão permaneceram independentemente associados à QV e à satisfação com a saúde	VI	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil/ 2016/ SCIELO

Continua...

Continuação.

Autor/Título	Objetivo	Resultados principais	Nível de evidência	Fonte de dados	Pais/Ano/Base de dados
Ávila JC <i>et al</i> / Evaluación de la Aplicación de las Guías de Hipertensión y Diabetes en un Programa de Crónicos <sup>(18)</sup>	Avaliar o controle dos pacientes crônicos segundo a implementação das guias de hipertensão e diabetes em uma população de usuários inscritos nos programas de promoção e prevenção de uma entidade adaptada ao sistema, na cidade de Bogotá.	Com o percentual de adesão encontrado na aplicação das diretrizes, está sendo alcançado um controle do programa de hipertensão de acordo com o esperado.	VI	Revista Med	Colômbia/2014/ SCIELO
Taype-Rondan A <i>et al</i> / Association between chronic conditions and health-related quality of life: differences by level of urbanization in Peru <sup>(19)</sup>	Avaliar o papel da urbanização como modificador de efeitos para a associação entre condições crônicas específicas e número de condições com qualidade de vida relacionada à saúde.	O impacto do humor depressivo no EQ-VAS foi maior em áreas urbanas do que em áreas rurais, enquanto o local não foi um modificador de efeito para as associações restantes.	IV	Quality of Life Research	Peru/2017/ PUBMED
Shad B <i>et al</i> / Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: a cross-sectional study. <sup>(20)</sup>	Descrever o efeito da multimorbidade na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença arterial coronariana	Os achados deste estudo sugerem que mulheres, pacientes com menor escolaridade e com sobrepeso relataram pior qualidade de vida.	VI	Health and Quality Of Life Outcome	Iran/2017 /PUBMED
Rendas Baum R <i>et al</i> / Medical expenditures in patients with high risk of diabetes: effects of bmi, hypertension, and health-related quality of life <sup>(21)</sup>	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (qvr) de pacientes com diabetes e pessoas com alto risco de desenvolver diabetes e a associação entre os escores de qvr e gastos médicos subsequentes nessas pessoas.	A obesidade está associada a decréscimos significativos na qualidade de vida dos pacientes estudados.	IV	Obesity	Estados Unidos da América/ 2016/ PUBMED
Martinez-Veja IP <i>et al</i> / Adaptation and validation of the distress scale for Mexican patients with type 2 diabetes and hypertension: a cross-sectional survey <sup>(22)</sup>	Adaptar e validar a escala de socorro para pacientes mexicanos com diabetes tipo 2 e hipertensão	Estresse e carga emocional relacionada ao regime 'apresentou correlação moderada com os escores de ansiedade e depressão.	IV	Bmi Open	México/ 2016/ PUBMED
Yan S <i>et al</i> / Prevalence of diabetes and health-related quality of life among rural-to-urban nong zhuang migrants in an urban area of northern china, 2016 <sup>(23)</sup>	Relatar estimativas de prevalência de diabetes, fatores de risco e qualidade de vida relacionada à saúde entre migrantes rurais e urbanos adultos da china	Os profissionais de saúde pública precisam agir agora para prevenir uma possível crise de diabetes nas comunidades no futuro	IV	Public Health Reports	China/ 2016/ PUBMED
Tüzün H, Aycan S, İlhan MN / Impact of comorbidity and socioeconomic status on quality of life in patients with chronic diseases who attend primary health care centres <sup>(24)</sup>	Analisar o impacto da doença crônica na qualidade de vida e como a qualidade de vida muda com a comorbidade e o nível socioeconômico em pessoas que frequentam centros de atenção primária à saúde.	Transtornos mentais e comorbidade diabetes-hipertensão tiveram o efeito mais negativo na qualidade de vida.	IV	Central European Journal of Public Health	Turquia/ 2015/ PUBMED
Shah BM <i>et al</i> / Association of abc (hba1c, blood pressure, ldl-cholesterol) goal attainment with depression and health-related quality of life among adults with type 2 diabetes <sup>(25)</sup>	Determinar a relação entre a obtenção de metas, a depressão e a saúde da abc e a qualidade de vida relacionada entre uma amostra nacional de pacientes com diabetes tipo 2	O aumento das visitas a profissionais de saúde foram significativamente associadas ao cumprimento de todas as três metas para pacientes com DM2.	VI	Journal of Diabetes and Its Complications	Estados Unidos da América/ 2015/ PUBMED
Posso AJ, McDonald <i>et al</i> / Diabetes in Panama: Epidemiology, Risk Factors, And Clinical Management <sup>(26)</sup>	Evidenciar sobre a epidemiologia, monitoramento e gestão de diabetes no Panamá com base em uma revisão da literatura e análises originais de grandes bancos de dados.	Automonitoramento e a educação do paciente são apresentados como pilares do tratamento integral da doença, destacando-se a importância do controle metabólico e do cuidado contínuo.	VI	Annals Of Global Health	Panamá/ 2015/ PUBMED
Afolayan AJ, Wintola AO / Dietary supplements in the management of hypertension and diabetes <sup>(27)</sup>	Mostrar a importância dos suplementos dietéticos na alimentação de hipertensos e diabéticos	Incorporar suplementos dietéticos ao regime empregado para o controle da hipertensão e diabetes	III	African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicines	África do sul/ 2014/ PUBMED

Foram identificadas pesquisas que exploraram as medidas de qualidade de vida de pacientes com HA e DM, bem como o envolvimento da Equipe de Saúde da Família (ESF) como fator de relevância para o controle dessas doenças.

Observou-se, ainda, a importância da adesão medicamentosa e do perigo que os fatores de risco podem trazer aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, algumas pesquisas associaram o perfil sociodemográfico com a qualidade de vida. Por fim, apresenta-se pesquisas sobre o diagnóstico de enfermagem.

## DISCUSSÃO

Esse estudo apresentou, a partir de uma revisão que integrou estudos, diferentes aspectos relacionados a qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os estudos

identificados assinalaram que os indivíduos possuem maior qualidade de vida e condições de saúde melhores de acordo com maior renda per capita, nível de escolaridade, adesão a medicação e visitas aos profissionais da atenção primária. Na perspectiva de fatores que influenciam negativamente foram identificados a obesidade, transtornos mentais e idade.

As pesquisas exploradas sobre qualidade de vida assumem escores de avaliação física e mental. Nesses estudos, qualidade de vida foi avaliada nas dimensões de limitação de função devido à saúde física, saúde emocional e satisfação com o tratamento.<sup>(15,28,29)</sup>

Um estudo identificou que os pacientes com DM e HAS assumiam suas patologias e adotavam um estilo de vida saudável, valorizando positivamente o apoio de suas redes sociais e familiares.<sup>(10)</sup> Uma pesquisa brasileira observou

que a qualidade de vida geral dos pacientes com DM foi boa com uma pontuação de 84,9.<sup>(30)</sup>

No entanto, um estudo, realizado na Coreia, revelou que pacientes com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, possuem escores de pontuação da qualidade de vida muito abaixo em comparação com indivíduos sem essas patologias, e que componentes psicológicos foram influenciadores desse resultado.<sup>(31)</sup> Na Turquia, os transtornos mentais e a comorbidade diabetes-hipertensão tiveram o efeito mais negativo na qualidade de vida.<sup>(32)</sup>

Os artigos dão destaques para a importância e o envolvimento das equipes de Atenção Primária na qualidade de vida desses pacientes. Assim, a Atenção Primária deve ser a estratégia preferencial para atuação no controle da DM e HAS no Brasil, permitindo o exercício da universalidade e da integralidade nas ações de saúde.<sup>(15)</sup>

As publicações reconhecem que os profissionais da Atenção Primária mostram confiança e dão segurança para os pacientes, e que o aumento das visitas aos profissionais de saúde tem associação significativa com a melhoria da pressão arterial, da depressão e da qualidade de vida.<sup>(29,30)</sup>

Quanto ao uso de medicações e os fatores de risco associados a DM e HAS, alguns estudos esclareceram que os fármacos disponíveis para o tratamento do diabetes e da hipertensão arterial são de grande interesse e importância na prática clínica, além de serem ideais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.<sup>(31)</sup>

Uma das pesquisas, realizada com 15 pacientes diabéticos e hipertensos, mostrou que o uso de mais de 5 medicamentos ocorreu em 80% dos pacientes, sendo que foram identificadas 77 potenciais interações medicamentosas.<sup>(32)</sup> De 219 pessoas com DM, 74,9% possuíam HAS, idade <75 anos e eram cadastrados na ESF. Os antidiabéticos e anti-hipertensivos (69,9%) foram os medicamentos mais prescritos pela equipe da ESF.<sup>(29)</sup>

Os pacientes com eventos estressantes, que não aderiram ao tratamento farmacológico, e aqueles com obesidade apresentaram escores de estresse significativamente maiores.<sup>(16)</sup> Tratando-se dos fatores de risco, uma pesquisa comprovou que possuir diabetes *mellitus* e hipertensão arterial associadas à obesidade compromete a qualidade de vida e contribui para um maior risco de morbimortalidade, principalmente por doenças cardiovasculares.

Em um estudo com 225 indivíduos, a frequência de fatores de risco cardiovascular foi elevada, com 92,0% de hipertensos, 80,0% de hipercolesterolemia, 76,0% de sobrepeso/obesidade, 73,0% de obesidade abdominal e 72,0% de hipertrigliceridemia.<sup>(33)</sup> No Panamá, a obesidade abdominal, inatividade física, história familiar de diabetes, hipertensão

arterial e triglicerídeos elevados, foram classificados entre a sexta e a quinta causa de morte no país.<sup>(18)</sup>

Destaca-se que a hipertensão é uma patologia silenciosa que causa o aumento da morbimortalidade cardiovascular, cerebrovascular e renal. Já as complicações diabéticas causam ataque cardíaco, derrame cerebral, cegueira e doença renal.<sup>(34)</sup> É, portanto, importante o uso de medicação para o controle dessas doenças com o fim de prevenir a progressão das comorbidades, que causam um impacto direto na qualidade de vida e nos custos da atenção dos pacientes.

Ademais, foi possível identificar cinco estudos, que evidenciaram a associação da qualidade de vida com a idade, escolaridade e renda. Uma pesquisa confirmou a influência da idade e do nível de escolaridade na qualidade de vida de 219 pacientes.<sup>(28)</sup> Em um artigo, pessoas com menor escolaridade relataram menor qualidade de vida. Isso indica que ela pode ser afetada pela multimorbidade, principalmente, nos menos instruídos.<sup>(35-37)</sup>

Uma pesquisa reuniu dados de 1.772 participantes chineses e revelou que o risco de DM aumentou significativamente com a idade, a obesidade, a hipertensão e a renda.<sup>(38,39)</sup> Confirmando esse achado, na Turquia, um estudo com 2.560 pessoas atendidas na Atenção Primária, encontrou que a maior renda e condição socioeconômica tinham relação com a maior qualidade de vida. Isso mostrou que fatores socioeconômicos podem afetar a qualidade de vida.<sup>(40-44)</sup>

Essa revisão integrativa identificou os fatores que estão relacionados com maior qualidade de vida e condições de saúde para pacientes que possuem hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Dessa forma, maior renda per capita, maior nível de escolaridade, maior adesão a medicação e visitas aos profissionais da atenção primária, contribuem positivamente para qualidade de vida e condições de saúde desses pacientes. Dado isso, as condições de obesidade, transtornos mentais e idade, possuem relação negativa para qualidade de vida e condições de saúde desses pacientes.

Notou-se que poucos trabalhos abordam a qualidade de vida voltadas para pacientes com o Diagnóstico de Enfermagem Disposição para o controle da saúde melhorado, assim falta-se estudos descritivos voltados para essa temática.

Os profissionais de saúde, principalmente da Atenção Primária, podem se apropriar do conhecimento desses principais fatores que influenciam na qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes. A partir disso, podem ser traçadas estratégias dentro do plano de cuidados desses pacientes, onde a

partir da identificação de um ou mais fatores presentes deve-se priorizar intervenções para o cuidado a longo prazo, visto que o acompanhamento desses pacientes necessita ser contínuo na Atenção Primária.

Referente ao êxito de maior qualidade de vida para esses pacientes precisa-se nortear ações para mudanças no estilo de vida. Desse modo, mudanças relacionadas a adesão de hábitos mais saudáveis, considerando a realidade em que o paciente está inserido podem ser estimuladas pelo profissional enfermeiro, visto que obesidade está entre os principais fatores que influenciam na qualidade de vida. Assim, estimular a troca saudável de alimentos de forma progressiva, substituindo de forma consciente alimentos não tão saudáveis por alimentos mais adequados para o paciente deve ser abordado na consulta.

No que se refere a fatores como transtornos mentais e idade medidas mais amplas podem ser iniciadas na Atenção Primária. Os profissionais podem estimular mudanças no estilo de vida relacionadas a maior autocuidado para os pacientes incluindo ações de maior gerenciamento de suas emoções, estimulação da adesão a medicação, grupos terapêuticos que abordem temas diversos de acordo com a demanda desses pacientes, mas incluindo principalmente a quebra de preconceito com a medicação, administração e adaptação da rotina para não negligenciar o próprio autocuidado e não esquecer de tomar a medicação.

## CONCLUSÃO

O estudo encontrou que os principais fatores que influenciam na qualidade de vida e condições de saúde são: maior renda per capita, nível de escolaridade, adesão a medicação, visitas aos profissionais da atenção primária, obesidade, transtornos mentais e idade. O estudo mostrou a importância da participação da família e de profissionais para o bom controle da doença, além de incentivar hábitos saudáveis de vida e uma boa adesão medicamentosa. O nível de escolaridade, idade e a baixa condição social pode influenciar nas condições de vida e saúde dos hipertensos e diabéticos. Em relação ao diagnóstico de enfermagem os mais evidentes estão relacionados nos fatores de risco da patologia. Desse modo, fatores internos e externos exercem influências significativas sobre o controle e o desejo de melhorar sua saúde e que os diagnósticos de enfermagem podem nortear ações de intervenção e cuidado nesses pacientes.

## Contribuições

Júlio César Vieira Ferreira participou na concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados. Rafaella Pessoa Moreira participou na concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados. Glauciano de Oliveira Ferreira participou na interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Janiel Ferreira Felício participou na interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. World Health Statistics 2018 [Internet]. [cited 2019 set 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>.
2. Malachias MV, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceito, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3 Supl. 3):1-6.
3. Santos JF, Lima AC, Mota CM, Gois CF, Brito GM, Barreto ID. Qualidade de vida, sintomas depressivos e adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial. *Enferm Foco*. 2016;7(2):17-21.
4. Khoirunnisa, SM, Akhmad AD. Quality of Life of Patient with Hypertension in Primary Health Care in Bandar Lampung, Indonés. *J. Pharm*. 2019;30(4):309-15.
5. Paiva MR, Parente JR, Brandão IR, Queiroz AH. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. *Rev Polit Públicas*. 2016;15(2):145-53.
6. Castro SF, Oliveira PP, Mata LR, Moraes JT, Fonseca DF, Sousa VV. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas hipertensas e diabéticas. *Inv Educ Enferm*. 2017;35(2):139-53.
7. Esteves M, Vendramini SH, Santos ML, Brandão VZ, Soler ZA, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2017;50(1):18-28.
8. Santos VF, Pioli MR, Modolo R. Efeitos dos antidiabéticos orais sobre a pressão arterial. *Hipertensão*. 2016;23(4):90-8.
9. Lacerda J, Lopes MR, Ferreira DP, Fonseca FL, Favaro P. Descriptive study of the prevalence of anemia, hypertension, diabetes and quality of life in a randomly selected population of elderly subjects from São Paulo. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2016;38(2):141-6.
10. Rodrigues EC, Neves FT. Estudo do uso de medicamentos em pacientes com diabetes e hipertensão do programa de extensão "Diabetes Mellitus" por meio da metodologia Dader. *Rev Salusvita*. 2016;489-503.
11. Vasconcelos SM, Torres NC, Silva PM, Santos TM, Silva JV, Omena CM, et al. Insegurança alimentar em domicílios de indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. *Int J Cardiovasc Sci*. 2015;28(2):114-21.
12. Jiménez NM, Orkaizaguirre GA, Bimbela SM. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index Enferm*. 2015;24(4):217-21.
13. Winkelmann ER, Fontela PC. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(4):665-74.
14. Chin, YR, Lee IS, Lee HY. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2014;8(4):267-73.

15. Nyanzi, R, Wamala, R, Atuhaire, LK. Diabetes and quality of life: a Ugandan perspective. *J Diabetes Res.* 2014;1-9.
16. Espírito SC. Perfil da saúde geral e qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência do município de Bauru, São Paulo. 2014 [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-09092014-160221/pt-br.php> 10.11606/D.25.2014.tde-09092014-160221
17. Miranda LC, Soares SM, Silva PA. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3533-44.
18. Ávila JC, Bareño A, Castro JR. Evaluación de la aplicación de las guías de hipertensión y diabetes en un programa de crónicos. *Revista Med.* 2014;22(2):58-67.
19. Taype-Rondan A, Abbs ES, Lazo-Porras M, Checkley W, Gilman RH, Smeeth L, et al. Association between chronic conditions and health-related quality of life: differences by level of urbanization in Peru. *JAMA.* 2017;26(12):3439-47.
20. Shad B, Ashouri A, Hasandokht, T. Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15:240.
21. Rendas Baum R, Lyng Wolden M, Le Lay A, Bue Bjorner, J. Medical expenditures in patients with high risk of diabetes: Effects of BMI, hypertension, and health related quality of life. *Obesity.* 2016;24(7):1446-53.
22. Martínez-Vega IP, Doubova SV, Aguirre-Hernandez R, Castañeda CI. Adaptation and validation of the Distress Scale for Mexican patients with type 2 diabetes and hypertension: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2016;6:e009723.
23. Yan S, Hong X, Yu H, Yang Z, Liu S, Quan W, et al. Prevalence of Diabetes and Health-Related Quality of Life among Rural-to-Urban Nong Zhuan Fei Migrants in an Urban Area of Northern China, 2013. *Public Health Rep.* 2016;131(1):167-76.
24. Tüzün, H, Aycan S, İlhan MN. Impact of comorbidity and socioeconomic status on quality of life in patients with chronic diseases who attend primary health care centres. *Cent Eur J Public Health.* 2015;23(3):188-94.
25. Shah BM, Mezzio DJ, Ho J, Ip EJ. Association of ABC (HbA1c, blood pressure, LDL-cholesterol) goal attainment with depression and health-related quality of life among adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications.* 2015;29(6):794-800.
26. Mc Donald Posso AJ, Bradshaw Meza RA, Mendoza Morales EA, Jaen Y, Cumbreira Ortega A, Mendoza Posada EJ. Diabetes in Panama: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Management. *Ann Glob Health.* 2015;81(6):754-64.
27. Afolayan AJ, Wintola OA. Dietary supplements in the management of hypertension and diabetes - a review. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2014;11(3):248-58.
28. Ribeiro OM, Martins MM, Tronchin DM. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Enf Ref.* 2016;28(10):125-33.
29. Suzano DS, Almeida MC, Massa LD, Wengert M. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. *Saúde Redes.* 2016;2(1):53-63.
30. Navascués ML, Gómara AO, Serrano MT. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index Enferm.* 2015;24(4): 217-21.
31. Gois CF, Carvalho LV, Carvalho J, Anjos TS, Cunha DM, Silva FA et al. Qualidade de vida relacionada à saúde, sintomas depressivos e senso de coerência de coronariopatas. *Enferm Foco.* 2018;9(4):44-8.
32. Chîn YR, Lee IS, Lee HY. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nurs Res.* 2014;8(4): 267-73.
33. Tüzün H, Aycan S, İlhan MN. Impact of comorbidity and socioeconomic status on quality of life in patients with chronic diseases who attend primary health care centres. *Cent Eur J Public Health.* 2015; 23(3):188-94.
34. Shah BM, Mezzio DJ, Ho J, Ip EJ. Association of ABC (HbA1c, blood pressure, LDL-cholesterol) goal attainment with depression and health-related quality of life among adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Complications.* 2015;29(6):794-800.
35. Santos VF, Pioli MR, Modolo R. Efeitos dos antidiabéticos orais sobre a pressão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2016;23(4):90-8.
36. Rodrigues EC, Neves FT. Estudo do uso de medicamentos em pacientes com diabetes e hipertensão do programa de extensão "Diabetes Mellitus" por meio da metodologia DADER. *Rev. Salusvita.* 2016;35(4):489-503.
37. Martínez-Vega IP, Doubova SV, Aguirre-Hernandez R, Infante-Castañeda C. Adaptation and validation of the Distress Scale for Mexican patients with type 2 diabetes and hypertension: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2016;6(3):e009723.
38. Vasconcelos SM, Torres NC, Silva PM, Santos TM, Silva JV, Omena CM, et al. Insegurança alimentar em domicílios de indivíduos portadores de hipertensão e/ou diabetes. *Int J Cardiovasc Sci.* 2015;28(2):114-21.
39. Posso AJ, Meza RA, Morales EA, Jaen Y, Ortega AC, Posada EJM. Diabetes in Panama: epidemiology, risk factors, and clinical management. *Ann Glob. Health.* 2015;81(6):754-64.
40. Afolayan AJ, Wintola OA. Dietary supplements in the management of hypertension and diabetes-a review. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2014;11(3):248-58.
41. Miranda LC, Soares SM, Silva PA. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência à pessoa idosa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3533-44.
42. Shad B, Ashouri A, Hasandokht T, Rajati F, Salari A, Naghshbandi M, et al. Effect of multimorbidity on quality of life in adult with cardiovascular disease: a cross-sectional study. *Health Qual. Life Outcomes.* 2017;15(1): 240.
43. Yan S, Hong X, Yang HZ, Liu S, Quan W, Xu J, et al. Prevalence of diabetes and health-related quality of life among rural-to-urban Nong Zhuan Fei migrants in an urban area of Northern China, 2013. *Public Health Rep.* 2016;131(1):167-76.
44. Sampaio FC, Oliveira PP, Mata LR, Moraes, JT, Fonseca DF, Vieira VA. Profile of nursing diagnoses in people with hypertension and diabetes. *Invest Educ Enferm.* 2017;35(2):139-53.

# VALORES PESSOAIS E PROFISSIONAIS DE ENFERMEIROS

THE PERSONAL AND PROFESSIONAL VALUES OF NURSES

VALORES PERSONALES Y PROFESIONALES DE ENFERMERAS

Tábata Cerqueira Nascimento Nobre<sup>1</sup>

Ednalva Alves Heliodoro<sup>2</sup>

Darci de Oliveira Santa Rosa<sup>3</sup>

(<http://orcid.org/0000-0002-1686-3594>)

(<http://orcid.org/0000-0002-1686-3594>)

(<http://orcid.org/0000-0002-5651-2916>)

## Descritores

Capacitação profissional;  
Cuidados de enfermagem; Ética em  
Enfermagem; Valores sociais

## Descriptors

Ethics nursing; Nursing care;  
Professional training; Social values

## Descriptores

Atención de enfermería;  
Capacitación profesional; Ética en  
enfermería; Valores sociales

## Recebido

20 de Abril de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Tábata Cerqueira Nascimento  
Nobre  
E-mail: tabatacn@gmail.com

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar publicações sobre valores pessoais e profissionais de enfermeiros e sua relação com a formação e a prática clínica de enfermagem.

**Métodos:** Revisão integrativa de artigos indexados nas bases MEDLINE, LILACS e CINAHL publicados entre 2014 a 2019, que abordaram os valores pessoais e profissionais na enfermagem, sendo analisados por estatística descritiva das frequências e análise de conteúdo temático de Bardin.

**Resultados:** Foram selecionados treze artigos, em português, espanhol e inglês, em oito revistas distintas. Os países que tiveram instituições filiadas aos estudos foram Turquia, Canadá, Espanha, Colômbia, Estados Unidos, Brasil e Irã. Os locais de desenvolvimento dos estudos foram em instituições de ensino superior, hospitais e unidades básicas de saúde. A metodologia mais utilizada foi a quantitativa. As categorias temáticas constituídas foram: instrumentos para avaliação de valores da enfermagem, descrição sobre os valores na enfermagem e fatores associados, diferenças intergeracionais e evolução dos valores.

**Conclusão:** Concluiu-se que a busca pelo conhecimento sobre os valores da enfermagem é universal, porém pouco abordada no contexto brasileiro. A dignidade humana foi o valor mais representado nos estudos. A formação de valores contribui para a formação e aprimoramento de profissionais qualificados que contribui a segurança na prática clínica.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze publications on nurses' personal and professional values and their relationship with nursing education and clinical practice.

**Methods:** Integrative review of articles indexed in the MEDLINE, LILACS and CINAHL databases published between 2014 and 2019, which addressed personal and professional values in nursing, being analyzed by descriptive statistics of the frequencies and analysis of thematic content of Bardin.

**Results:** Thirteen articles were selected, in Portuguese, Spanish and English, in eight different journals. The countries that had institutions affiliated to the studies were Turkey, Canada, Spain, Colombia, United States, Brazil and Iran. The places where the studies were developed were in higher education institutions, hospitals and basic health units. The most used methodology was quantitative. The constituted thematic categories were: instruments for evaluating nursing values, description of nursing values and associated factors, intergenerational differences and evolution of values.

**Conclusion:** It was concluded that the search for knowledge about nursing values is universal, but little addressed in the Brazilian context. Human dignity was the most represented value in studies. The formation of values contributes to the training and improvement of qualified professionals that contributes to safety in clinical practice.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar publicaciones sobre los valores personales y profesionales del enfermero y su relación con la formación y práctica clínica en enfermería.

**Métodos:** Revisión integradora de artículos indexados en las bases de datos MEDLINE, LILACS y CINAHL publicados entre 2014 y 2019, que abordaron valores personales y profesionales en enfermería, siendo analizados mediante estadística descriptiva de las frecuencias y análisis de contenido temático de Bardin.

**Resultados:** Se seleccionaron trece artículos, en portugués, español e inglés, en ocho revistas diferentes. Los países que tenían instituciones afiliadas a los estudios fueron Turquía, Canadá, España, Colombia, Estados Unidos, Brasil e Irán, los lugares donde se desarrollaron los estudios fueron en instituciones de educación superior, hospitales y unidades básicas de salud. La metodología más utilizada fue la cuantitativa. Las categorías temáticas constituídas fueron: instrumentos de evaluación de los valores de enfermería, descripción de los valores de enfermería y factores asociados, diferencias intergeneracionales y evolución de valores.

**Conclusión:** Se concluyó que la búsqueda del conocimiento sobre los valores de la enfermería es universal, pero poco abordada en el contexto brasileño. La dignidad humana fue el valor más representado en los estudios. La formación de valores contribuye a la formación y mejora de profesionales cualificados que contribuyan a la seguridad en la práctica clínica.

<sup>1</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Centro Universitário Ruy Barbosa, Salvador, BA, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

## Como citar:

Nobre TC, Heliodoro EA, Rosa DO. Valores pessoais e profissionais de enfermeiros. *Enferm Foco*. 2021;12(1):132-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3487

## INTRODUÇÃO

Os valores que orientam a prática de enfermeiros desde a origem da profissão, foram expressos inicialmente pelos atos de Florence Nightingale, dando significado ao cuidado de enfermagem e identidade à profissão, através da solidariedade, verdade, moralidade e utilidade.<sup>(1)</sup> Na sociedade atual, emerge a necessidade de resgatar alguns valores que se afastaram da enfermagem quando esta avançou em direção do conhecimento técnico e científico e das práticas baseadas em evidência, motiva pela própria conformação da atenção à saúde e suas exigências, principalmente, quanto ao uso das tecnologias duras no cuidado.

Com o avanço científico e tecnológico, novos problemas e questionamentos surgiram, exigindo dos enfermeiros uma prática reflexiva e valorativa, emergindo dúvidas sobre os valores considerados importantes na atualidade e motivando reflexões sobre uma prática baseada em valores. Os valores pessoais e profissionais interagem no campo do cuidado e, se divergente das ações tomadas, podem refletir em um problema moral, levando ao *distresse* moral do enfermeiro.<sup>(2)</sup>

Nesse contexto, foi necessária a construção de outras fontes de referência, como o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que passou a servir de norte para a prática, descrevendo os valores considerados fundamentais para o exercício do cuidado, como o respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos, o compromisso, a responsabilidade, a honestidade, a lealdade, a solidariedade, dentre outros.<sup>(3)</sup>

Os valores na enfermagem são importantes para conferir e manter altos os padrões de cuidado e são internalizados durante as relações,<sup>(4)</sup> daí a relevância de vivenciá-los desde a formação e fortalecê-los no exercício profissional em busca de uma prática orientada por valores que possam conferir identidade à enfermagem.

Os valores fundamentam o modo como os enfermeiros se comportam, se relacionam e sua conduta na solução de conflitos e tomada de decisões, compreende-os irá contribuir na identidade da profissão e na satisfação com o trabalho, aspectos fundamentais para promover a visibilidade dos enfermeiros.<sup>(5)</sup>

Ao abordar sobre como os valores são concebidos estimula-se à discussão sobre o resgate ao sentido do cuidado congruente e qualificação da assistência às pessoas. Assim, este estudo objetiva analisar as publicações sobre os valores pessoais e profissionais na enfermagem e sua relação com a formação e a prática clínica.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre os valores na prática de enfermagem, desenvolvida em seis

etapas: (1) escolha do tema e questão de pesquisa, (2) definição de critérios de inclusão e exclusão e busca em bancos de dados, (3) definição de informações que serão extraídas dos estudos e sua categorização; (4) avaliação dos artigos; (5) interpretação; e (6) síntese / revisão.<sup>(6)</sup>

A partir do delineamento do objeto e sua contextualização atual para a prática do enfermeiro, definiu-se a questão de estudo: quais as abordagens das produções científicas sobre os valores pessoais e profissionais na prática clínica do enfermeiro?

A busca de estudos que atendessem o objetivo foi realizada em novembro e dezembro de 2019, sendo revisitada posteriormente, nas bases de dados MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e acessadas respectivamente pelas plataformas PubMed, EBSCO e BVS. Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: documentos em formato de artigo, publicados em português, inglês ou espanhol, abrangendo o período de 2014 à 2019. Os critérios de exclusão foram: estudos divergentes do objeto proposto, duplicatas, editoriais ou revisões, estudos sobre valores específicos, com população que não incluía os profissionais de enfermagem ou que não foram disponibilizados na íntegra.

Os descritores utilizados foram Social Values e Ethics Nursing, usando o operador booleano AND, na estratégia unificada de busca: (“social values” AND “ethics nursing”). Inicialmente, foram encontrados um total de 695 documentos, sendo 523 na MEDLINE, 160 na CINAHL e 12 na LILACS.

Aplicando-se o critério temporal de inclusão foram selecionados 22 na PubMed, 13 na CINAHL e 2 na LILACS. Estes 37 documentos foram exportados para o software EndNote, não sendo verificadas duplicatas inicialmente. Ao exportar para o software Rayyan e iniciar processo de avaliação a partir da leitura do título e resumo ou do documento completo, quando necessário, aplicou-se os critérios de exclusão: duplicata (01), ser editorial ou revisão (06), não estar disponibilizado na íntegra (02), não alinhar com o objeto (11), não ter a população de estudo de interesse (01) e tratar de valor específico (03). Assim, foram incluídos 13 artigos nesta revisão.

As informações extraídas dos artigos sobre a abordagem do valor, bem como dados de caracterização, foram apresentadas no quadro 1, contendo base de dados, título e autoria do artigo, ano de publicação, método e valores abordados. A análise temática de conteúdo fundamentada por Bardin<sup>(7)</sup> fundamentou a avaliação dos dados qualitativos. A avaliação dos artigos selecionados resultou em três categorias temáticas.

**Quadro 1. Apresentação dos artigos selecionados para revisão 2014 a 2019**

Ano	Título/Base	Método	Contribuição sobre valores
2015	The core values of modern nursing in the light of Dilthey and Scheler <sup>(1)</sup> / CINHAL	Reflexão	Solidariedade, valor da verdade, moralidade e utilidade foram apresentados como valores da enfermagem moderna.
2017	Personal and professional values held by baccalaureate nursing students <sup>(4)</sup> / CINHAL	Quantitativo / 143 estudantes de enfermagem / Turquia	Dignidade humana e justiça foram os valores destacados.
2014	Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values <sup>(6)</sup> / MEDLINE	Teórico	Valores neoliberais, como Eficiência e Produtividade, aportados na tecnocracia e burocracia. Transvalorização.
2014	Valores en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander <sup>(9)</sup> / CINHAL	Metodológico correlacional / estudantes de enfermagem / Colômbia	Validação de Escala. Valores relacionados a afiliação, o religioso, o desenvolvimento social e a normativa social.
2015	Valores personales en estudiantes y profesionales de enfermería <sup>(10)</sup> / LILACS	Quantitativo / 369 estudantes e profissionais de enfermagem hospitalar e atenção primária / Espanha	Os valores éticos, familiares e de relacionamento social foram mais significativos na amostra.
2016	Values in nursing students and professionals: An exploratory comparative study <sup>(11)</sup> / MEDLINE	Quantitativo / 589 enfermeiras de hospitais e centros de saúde e 2295 estudantes / Espanha	Traz a mudança intergeracional de valores, com destaque para autoexpressão entre os mais jovens.
2017	Professional values of Turkish nurses: A descriptive study <sup>(12)</sup> / MEDLINE	Descritivo / 269 enfermeiras / Turquia	A dignidade humana foi o valor mais importante para os enfermeiros.
2017	Nursing memes at odds with our values <sup>(13)</sup> / CINHAL	Reflexão	Mensagens virtuais e seus efeitos negativos sobre os valores da enfermagem
2017	Professional values of nurse lecturers at three universities in Colombia <sup>(14)</sup> / MEDLINE	Descritivo / 241 estudantes de enfermagem / Colômbia	Dimensão de valores que foram percebidos nos docentes: ética, conhecimento e comprometimento.
2017	Professional nursing values: A concept analysis <sup>(15)</sup> / CINHAL	Metodológico	Análise de conceito valor para a enfermagem.
2018	Intergenerational differences in the personal and professional values of nurses <sup>(16)</sup> / MEDLINE	Descritivo / 718 enfermeiras / Turquia	A dignidade humana foi priorizada por todas as gerações de enfermeiras.
2018	Facilitators and inhibitors in developing professional values in nursing students <sup>(17)</sup> / MEDLINE	Qualitativo / 18 estudantes, 5 instrutores e 5 enfermeiras	Fatores pessoais e ambientais influenciam na manifestação de valor dos estudantes.
2019	Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective <sup>(18)</sup> / MEDLINE	Descritivo / 159 estudantes e 386 enfermeiras de hospital, atenção básica e gestão	Existem diferenças significativas sobre valores quando associados ao gênero.

Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores, conforme a Lei de Direitos Autorais nº. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

## RESULTADOS

Os países cujas instituições estiveram filiadas ao desenvolvimento da pesquisa foram: Turquia (3), Canadá (2), Espanha (2), Colômbia, (2), Estados Unidos (2), Brasil (1), Iran (1) (Quadro 1).

O maior número de publicações nesta revisão ocorreu no ano de 2017, com cinco artigos (38%), foi percebido que alguns artigos se tratavam de *reprints*, sendo considerado o ano mais recente. O inglês foi o idioma expresso em 10 estudos (77%), também publicações em espanhol (02) e português (01), distribuídos em oito periódicos diferentes, sendo que a Nursing Ethics publicou seis (46%) e os demais, cada um foi publicado em: Texto e Contexto Enfermagem, Avances em Enfermería, Internacional Nurse Review, Aquichan, Nurs Philo, Nursing Forum e Canadian Nurse. Dentre os estudos de campo, 03 foram realizados exclusivamente com estudantes de enfermagem, 02 somente com enfermeiras e 04 associando os estudantes e profissionais de enfermagem. Os demais foram estudos teóricos ou metodológicos sem participantes.

## DISCUSSÃO

A maioria dos estudos foi realizada na Turquia, cujas tradições foram construídas solidamente aos longo dos anos,

porém a enfermagem profissional no país é recente o que pode estar associado ao quantitativo de estudos na região. <sup>(19)</sup> Destaca-se o fato da baixa produção no Brasil nos anos de estudos, demonstrando certa carência de investimento em pesquisas sobre o tema, mesmo este país constando com mais de dois milhões de profissionais de enfermagem segundo dados disponibilizados pelo Conselho Federal de Enfermagem.<sup>(20)</sup> A análise do conteúdo que emerge da leitura dos artigos está apresentada em três categorias temáticas: Instrumentos para avaliação de valores da enfermagem; Descrição sobre os valores na enfermagem e fatores associados; e Diferenças intergeracionais dos valores.

### Instrumentos para avaliação de valores da enfermagem

A abordagem quantitativa foi a mais amplamente utilizada. Apesar do caráter teórico e reflexivo dos valores, foram identificados artigos que buscam formas de descrevê-los quantitativamente através de escalas.<sup>(3,9,14, 16,18)</sup>

Os instrumentos de avaliação utilizados em estudos descritivos buscam conferir maior confiabilidade das medidas. Assim, foi localizado um estudo de validação de instrumento JLValdez, aplicados em estudantes de enfermagem da Universidade de Santander, na Colômbia.<sup>(9)</sup> Outros instrumentos foram utilizados na Turquia para avaliar os valores pessoais e profissionais entre acadêmicos de enfermagem<sup>(3)</sup> e enfermeiras.<sup>(14)</sup>

Dentre as escalas encontradas estão: Nursing Professional Values Scale, possui vinte e seis itens, que

devem ser pontuados conforme o grau de importância de valores; Professional Values Precedence Scale, possui sete valores que devem ser classificados do mais ao menos importante - altruísmo, estética, igualdade, liberdade, dignidade humana, justiça e precisão; Value Preferences Scale, investiga os valores pessoais em quatorze declarações organizadas em sete itens que devem ser classificados por ordem de importância - estética, teórica / científica, financeira / econômica, política, social, religiosa e moral.

A versão adaptada e validada em espanhol da Nurses Professional Values Scale foi utilizada em um estudo com a perspectiva de analisar os valores e questões de gênero.<sup>(18)</sup>

É notório que a busca pelo conhecimento sobre valores levou a criação, adaptação ou tradução dos instrumentos para obtenção de dados psicométricos relacionados aos valores na enfermagem, como os aplicados nos estudos. Este dado confere que o tema está em expansão, e há busca de aprofundamento de formas de como conhecê-lo.

### **Descrição sobre os valores na enfermagem e fatores associados**

Em uma análise de conceito os valores atribuídos à enfermagem estiveram relacionados a dignidade humana, sendo este o mais frequente no estudo, mas que sinalizou também a integridade, o altruísmo e a justiça.<sup>(15)</sup>

Diversos são os fatores que influenciam na apropriação e descrição dos valores pela enfermagem. A própria conformação da profissão, com um histórico de cuidado filiado às questões religiosas é um deles. Exemplifica-se com uma análise sobre a formação das enfermeiras na Bahia, em que são sinalizados valores necessários à formação que perduraram até por volta de 1970, com orientação para abnegação, altruísmo, devotismo e obediência às normas e hierarquias, influência da ideologia cristã que perpetuou no ensino da enfermagem no Brasil.<sup>(21)</sup>

Na validação do instrumento JLValdez com estudantes de enfermagem, os autores apresentam fatores em que se inserem os itens valorativos, como: a afiliação, o religioso, o desenvolvimento social e a normativa social<sup>14</sup>. No mesmo estudo, na formação de enfermagem foi evidenciado que os acadêmicos dos semestres iniciais têm o valor obediência mais presente do que os demais estudantes; e os valores Deus e espiritualidade tiveram maiores escores entre as mulheres.

Tal achado converge com outro estudo realizado com estudantes e enfermeiras que identifica como a perspectiva de gênero promove diferenças significativas entre os valores, sendo que as mulheres sinalizam maior estima aos valores éticos da profissão, porém o dado que alerta

e fundamenta a necessidade de maiores investigações, é o fato de quanto maior é a experiência profissional, menor importância dada aos valores, conforme relatado abaixo.<sup>(18)</sup>

Esse estudo ocorreu na Espanha, sendo comparada a importância dos valores profissionais para enfermeiros da atenção básica e do hospital associada a experiência profissional. Os enfermeiros que atuam no hospital atribuíram escores mais altos aos valores analisados quando comparados com os da atenção básica, e os profissionais com mais de 20 anos de trabalho atribuíram menos importância aos valores, demonstrando que há influência do local de trabalho e da experiência profissional. Destaca-se que o domínio da ética, como confidencialidade e o respeito a pessoa, foi considerado o mais importante entre todos os valores.<sup>(18)</sup>

Entre os estudantes e profissionais de enfermagem, os valores éticos, familiares e de relacionamento social foram os mais expressados pelos participantes, que se referiram ao agrupamento, respectivo, desses valores como: respeito, sinceridade, responsabilidade, honestidade e integridade; amor pelos pais, filhos, avós e ter família; relações sociais, amizades, companhia e popularidade.<sup>(10)</sup>

Estudantes, professores e enfermeiros ao identificarem os facilitadores e inibidores do desenvolvimento e manifestação de valores profissionais, apontam como facilitadores os estímulos pessoais (experiência profissional e relacionamentos, crenças internas e atuação baseada em valores, crença em Deus e uma visão divina do mundo) e ambientais (cooperação, ordem e disciplina). Os inibidores pessoais foram: falta de motivação e entusiasmo, emoções negativas, além dos ambientes de trabalho desfavorável, a atitude negativa da sociedade em relação à enfermagem e a violação de direitos, como inibidores ambientais.<sup>(17)</sup>

No Irã foi constatada diferença na percepção de valores entre estudantes, enfermeiros e professores nas ações relacionadas a categoria profissional, como associações e participação políticas.<sup>(22)</sup> Já, na Lituânia, um estudo comparativo entre estudantes e professores de nove instituições de ensino superior, destacou que entre os professores, a honestidade, a autoridade e o intelectualismo tiveram escores mais altos. Já outros valores tiveram escores menores que os estudantes, como: honestidade com o paciente e relatar erros no trabalho, assumindo a responsabilidade apesar das consequências.<sup>(23)</sup> Neste mesmo estudo, os estudantes evitavam desafios intelectuais e não classificaram como importante a qualificação acadêmica para avançar na carreira.

Os profissionais de enfermagem na Turquia, de nível superior e médio consideraram a dignidade humana o valor

mais importante da profissão. Porém, os enfermeiros com nível superior, jovens, com menos experiência e que trabalham em enfermagem apresentaram escores mais baixos. Tiveram pontuações mais altas os profissionais casados e que receberam treinamento sobre valores profissionais.<sup>(12)</sup>

Em três universidades em Bogotá, Colômbia, estudantes participaram de uma pesquisa para descrever os valores profissionais nas aulas, sendo apontadas a dimensão ética, o conhecimento e o comprometimento como os valores em seus professores, além dos relacionados diretamente ao paciente, como respeito à privacidade e vida. Porém, foram percebidos como menos importantes os associados às relações interpessoais com outros enfermeiros e colegas.<sup>(14)</sup>

Sobre a percepção de valores durante a formação, os acadêmicos de enfermagem concordaram com a vivência de alguns destes durante as relações entre usuários de serviço de saúde, porém com menos intensidade nas interações com os docentes.<sup>(24)</sup>

Existem achados sobre menores escores relacionados aos aspectos coletivos, como na China e Taiwan, onde a participação nas políticas públicas que afetam a distribuição de recursos e participação da revisão por pares e atuação como advogado do paciente foram sinalizados com menores pontuações.<sup>(25)</sup>

Estes aspectos sinalizam a necessidade de um maior aprofundamento sobre os valores da enfermagem no contexto da coletividade e das relações interpessoais, exigidas para a participação da enfermeira frente à defesa do paciente e motivações políticas, em especial, por serem questões inseridas no atual contexto social, como as vulnerabilidades.

Em paralelo a este fenômeno, existe uma mudança nas compreensões dos valores, exemplificando a empatia e compaixão que veem sendo simplificadas na ideia de educação e satisfação do paciente.<sup>(13)</sup> Neste sentido, a autora incita a reflexão sobre as mensagens que retratam com humor o cuidado ou a enfermagem, disponíveis em redes sociais e conhecida como “memes” da enfermagem e o potencial risco que podem trazer ao comprometer a habilidade destes profissionais em reconhecer a vulnerabilidade da pessoa cuidada.

Os valores fundantes da enfermagem modernas foram representados pela moralidade, verdade, solidariedade e utilidade, estes baseiam a prática da enfermagem como social e justificam suas ações,<sup>(1)</sup> mas, para isso, torna-se relevante estimular a apreensão destes valores.

Questões importantes emergiram das discussões sobre a influência das mudanças sociais com enfoque na política

e economia, destacando o neoliberalismo e seus impactos nos serviços e nos valores das enfermeiras, refletindo na percepção de saúde e de cuidado como um bem de consumo. Assim, a política neoliberal apresenta o valor eficiência de gestão que fortalece outro valor maior, a produtividade, mediante a valorização da tecnocracia e burocratização, evidenciando que neste contexto os valores das enfermeiras podem se distanciar dos valores tradicionais humanos, os quais inclui a dignidade, o respeito e autonomia, entre outros.<sup>(8)</sup>

Neste campo, torna-se um desafio à prática de enfermagem integrar valores pessoais e profissionais por vezes divergentes das exigências institucionais, dos demais profissionais ou familiares e pacientes. Assim, aprofundar a discussão sobre os valores fundamentais da enfermagem na formação profissional poderá influenciar positivamente na atuação dos estudantes e na construção da imagem da futura profissão, visto que estes terão uma referência positiva do enfermeiro construída através da expressão de valores éticos, como competência e compromisso.<sup>(26)</sup>

### Diferenças intergeracionais e evolução dos valores

As diferenças geracionais na enfermagem vêm apresentando como os valores pessoais e profissionais se alteram ao longo do tempo, conforme a geração / idade. A chamada teoria de mudança de valor intergeracional contextualiza a mudança de valor entre as gerações mais novas pós-materialista<sup>11</sup>, quando sinaliza diferenças geracionais significativas em relação a perda de importância de valores éticos e profissionais quanto menor a idade, enquanto os valores relacionados a autoexpressão ou pós-modernista ganharam maior importância entre os grupos mais novos.

Na Inglaterra, 123 estudantes foram acompanhados por quatro anos, examinando as mudanças nos valores pessoais e profissionais durante o curso para compreender sua influência nessa construção. Alguns valores apresentaram diferenças, mas sem evolução constante como se esperava, como os relacionados aos aspectos sociais que foram mais altos no segundo ano do que no terceiro. Valores como a dignidade humana e justiça, listados em primeiro e segundo lugar, tiveram semelhança ao longo dos anos.<sup>(3)</sup>

Quatro gerações de enfermeiros da Turquia participaram de um estudo para determinar as diferenças nos valores pessoais e profissionais de acordo com sua geração: Baby Boomers (1946 a 1964); Geração X (1965 a 1979); Geração Y (1980 a 1995); e Geração Z (a partir de 1996). Os mesmos valores profissionais foram priorizados por todas as gerações, na seguinte ordem: dignidade humana, igualdade, justiça e liberdade. Algumas diferenças foram

observadas: para a geração Baby Boomers, Y e Z o valor social foi preferido, já para a Geração X foi o valor político.<sup>(16)</sup>

Esses achados identificam-se em parte com os apresentados entre estudantes e enfermeiros conforme a idade na Espanha, sendo que quase todos os estudantes referiram os valores de relacionamento social como valores pessoais importantes.<sup>(10)</sup> Convergindo com os achados de um estudo na Turquia em que o valor central do estudante de enfermagem é o social e, neste sentido, é abordado que esta identificação é promissora, pois o indivíduo com valor social elevado reflete na ação de ajudar ao outro e não ser egoísta, condições necessárias à prática de enfermagem.<sup>(4)</sup>

Ainda reforça a teoria, um novo estudo sobre a Geração Z que demonstra que os valores mais significativos foram a possibilidade de ajudar as pessoas e ter um emprego que traga satisfação, bons benefícios, dê segurança, seja justo e tenha colegas de trabalho amigáveis. Já nos valores que consideraram menos importantes está a possibilidade de ter autoridade e comandar o trabalho de outras pessoas, ter prestígio e reconhecimento, poder influenciar os resultados organizacionais e participar de projetos que desafiam as habilidades.<sup>(27)</sup>

Assim, nas reflexões que têm sido feitas atualmente existe a abordagem de alguns aspectos essenciais da formação da enfermeira frente a contextualização neoliberal e valores sociais vigentes na pós-modernidade, que apontam para o autoconhecimento dos valores, as relações interpessoais, a comunicação no cuidado, a prioridade de valores coletivos sobre os individuais e a formação ética permanente.<sup>(28)</sup>

Este campo se delinea com alternativas na constituição de uma enfermagem voltada para a prática baseada em valor, em que as evidências científicas são consideradas, mas não baseiam as ações de forma isolada, principalmente diante das complexidades do cuidado.<sup>(29)</sup>

A limitação deste estudo refere-se à escassez de artigos relacionados com a temática na perspectiva brasileira, visto que foi localizado único artigo teórico, despertando possibilidades para novas investigações neste contexto.

A contribuição deste estudo se dá em termos de ampliação das discussões sobre a necessidade de uma prática baseada em valor na tentativa de qualificar o cuidado. As evidências sobre como os valores pessoais e profissionais

contribuem na identificação e resolução de problemas éticos é um dos fundamentos para que a prática baseada em valor seja trilhada pela enfermagem e, assim, contribuir com o fortalecimento de uma identidade profissional pela descrição de seus valores fundamentais, além de elevar a satisfação com o trabalho. Além disso, pode contribuir para a academia com a reflexão da necessidade de investir na formação de valores, e conseqüentemente em práticas de cuidado qualificadas e seguras para os pacientes.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstra a busca pelo conhecimento sobre os valores pessoais e profissionais de enfermeiros em países, públicos – com destaque para acadêmicos de enfermagem, e estratégias diversificadas. A utilização de escalas validadas é um recurso observado nos estudos quantitativos, porém a categorização de conteúdo também foi observada em alguns estudos com abordagem quantitativa para agrupar valores afins. Os valores mais sinalizados em frequência ou importância na enfermagem estiveram relacionados à dignidade humana, que também foi categorizada entre os valores éticos da profissão. Algumas variáveis foram identificadas influenciando na expressão de valores, como: idade, tempo de serviço, nível de formação, estado civil, experiência profissional e treinamento sobre valores. As diferenças geracionais foram evidentes entre enfermeiros e estudantes ou ao longo dos anos de formação, o que sustenta a teoria da mudança de valor entre as gerações. Na prática clínica, este estudo pode elevar a necessidade de apoiar as discussões sobre valores profissionais e pessoais para o cuidado congruente que interfere na tomada de decisão e desenvolvimento do cuidado, resultando em atividades assistenciais mais qualificadas e seguras para os pacientes. Para os enfermeiros, estimula o fortalecimento da identidade profissional, cientes que há diferenças regionais e geracionais, mas em que há uma identificação valorativa entre estes. Mais estudos são necessários para compreender a formação de valores, bem como a ação baseada em valor.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho: TCNN, EAH. Análise e interpretação dos dados: TCNN; EAH. Redação do artigo: TCNN; EAH. Revisão crítica: TCCN, DOSR. Revisão final: TCNN, DOSR.

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães GL, Chianca TC, Mendoza IY, Goveia VR, Viana LO. Os valores fundadores da enfermagem moderna à luz de Dilthey e Scheler. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(3):898-905.

2. Ramos FR, Barlem EL, Brito MJ, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LC. Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(2):e4460015.

3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN no 564/2017. Brasília (DF):COFEN; 2017. [citado 2020 Dez 21]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html).
4. Kaya H, Isik B, Senyuva E, Kaya N. Personal and professional values held by baccalaureate nursing students. *Nurs Ethics*. 2017;24(6):716-31.
5. Andrade JB, Cavalcante MB, Apostólico MR. Marketing pessoal e enfermagem: projeção para visibilidade social do enfermeiro. *Enferm Foco*. 2017;8(1):82-6.
6. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):58-64.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 6a ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Krol PJ, Lavoie M. Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nurs Philos*. 2014;15(2):112-24.
9. Durán-Parra M. Valores en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Santander. *Av Enferm*. 2014;32(1):11-24.
10. Jiménez-López FR, Roales-Nieto JG, Vallejo-Seco G, García-Vargas GR, Lorente-Molina MT, Granados-Gámez G. Valores personales en estudiantes y profesionales de enfermeira. *Aquichan*. 2015;15(1):105-15.
11. Jiménez-López FR, Roales-Nieto JG, Seco GV, Preciado J. Values in nursing students and professionals: an exploratory comparative study. *Nurs Ethics*. 2016;23(1):79-91.
12. Cetinkaya-Uslusoy E, Pasli-Gürdoğan E, Aydinli A. Professional values of Turkish nurses: a descriptive study. *Nurs Ethics*. 2017;24(4): 493-501.
13. Wright DK. Nursing memes at odds with our values. *Canadian Nurse*. 2017;113(2):44.
14. López-Pereira A, Arango-Bayer G. Professional values of nurse lecturers at three universities in Colombia. *Nurs Ethics*. 2017;24(2):198-208.
15. Schmidt BJ, McArthur EC. Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2017;53(1): 69-75.
16. Şenyuva E. Intergenerational differences in the personal and professional values of nurses. *Nurs Ethics*. 2018;25(7):939-50.
17. Shafakhah M, Molazem Z, Khademi M, Sharif F. Facilitators and inhibitors in developing professional values in nursing students. *Nurs Ethics*. 2018;25(2):153-64.
18. Fernández-Feito A, Basurto-Hoyuelos S, Palmeiro-Longo MR, García-Díaz V. Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective. *Int Nurs Rev*. 2019; 66(4):577-89.
19. Çınar N, Altun, I. Nursing in Turkey: its advances and challenge. *Rev Eletr Enferm*. 2010 [citado 2020 Dez 21];12(2):231-2.
20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Enfermagem em números. Brasília (DF): COFEN; 2021. [citado 2020 Out 18]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.
21. Passos E. De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras. 2A ed. Salvador: EDUFBA; 2012.
22. Bijani M, Tehranineshat B, Torabizadeh C. Nurses, nursing students, and nursing instructors perceptions of professional values: a comparative study. *Nurs Ethics*. 2019;26(3):870-83.
23. Riklikiene O, Karosas L, Kaseliene S. General and professional values of student nurses and nurse educators. *J Adv Nurs*. 2018;74(3):666-76.
24. Marques LM, Ribeiro CD. The moral values of nursing undergraduation: perception of teachers and students. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190104.
25. Lin Y, Li J, Shieh S, Kao, CC, Lee I, Hung SL. Comparison of professional values between nursing students in Taiwan and China. *Nurs Ethics*. 2016;23(2):223-30.
26. Souza RV, Alves LC, Barra LL, Fernandes LM, Salgado PO, Viegas SM. Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem. *Enferm Foco*. 2017;8(1):47-51.
27. Hampton D, Welsh D. Work Values of Generation Z Nurses. *J Nurs Adm*. 2019;49(10):480-6.
28. Pobleto-Troncoso M, Correa-Schnake M, Aguilera-Rojas P, González-Acuña JC. Valores profesionales de enfermería en el posmodernismo: una revisión sistemática. *Acta Bioeth*. 2019;25(2):243-52.
29. Queiroz PJ. From evidence-based practice to values-based practice. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:e26330.

# DEZ COMPETÊNCIAS PARA ENSINO-APRENDIZAGEM DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E INTEGRALIDADE DO CUIDADO

TEN COMPETENCES FOR TEACHING-LEARNING IN NURSING CONSULTATION AND INTEGRALITY OF CARE

DIEZ COMPETENCIAS PARA LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA E INTEGRALIDAD DEL CUIDADO

Patrícia Maria da Silva Crivelaro<sup>1</sup>

Maria Belén Salazar Posso<sup>2</sup>

Paulo Cesar Gomes<sup>1</sup>

Silvia Justina Papini<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-9532-2923>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3221-6124>)

(<https://orcid.org/0000-0003-2440-8097>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1714-1515>)

## Descritores

Educação em enfermagem; Integralidade em saúde; Processo de enfermagem; Atenção primária à saúde; Enfermagem

## Descriptors

Education in nursing; Integrality in health; Nursing process; Primary health care; Nursing

## Descriptores

Educación en enfermería; Integralidad en salud; Proceso de enfermería; Atención primaria de salud; Enfermería

## Recebido

20 de Maio de 2020

## Aceito

11 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

extraído da dissertação "Consultório Universitário de Enfermagem: estimulando a integralidade do cuidado desde a formação", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho da Faculdade de Medicina de Botucatu, em 2018.

## Autor correspondente

Patrícia Maria da Silva Crivelaro  
E-mail: [patricia.crivelaro1227@gmail.com](mailto:patricia.crivelaro1227@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar competências para o fortalecimento do ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem considerando o cuidado integral.

**Métodos:** Revisão integrativa de artigos publicados em português, inglês ou espanhol, nos últimos dez anos, nas bases: LILACS, MEDLINE, BDNF, PubMed, Web of Science, SCOPUS, EMBASE e CINAL, utilizando a seguinte questão norteadora: Quais competências permeiam o ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem, considerando a integralidade do cuidado?

**Resultados:** A busca resultou em 95 estudos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados e analisados 10 artigos. Foram elencadas e discutidas as seguintes competências: comprometimento do educador na busca de conhecimento, aproximação teórico-prática, estímulo à reflexão, prioridade à prática, incentivo à pesquisa, apropriação da situação apresentada pelo usuário, ética e humanização, execução do ouvir, envolver o paciente no planejamento do cuidado e, apropriação da sistematização da assistência de enfermagem.

**Conclusão:** Esta revisão integrativa elencou dez competências para o fortalecimento da consulta de enfermagem, enfatizando o processo de formação do enfermeiro para a prática do cuidado integral na atenção primária à saúde. Ressalta-se a necessidade de mais estudos voltados para a formação do enfermeiro nesta temática.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify competencies to strengthen the teaching of nursing consultation considering integral care.

**Methods:** Integrative review of articles published in Portuguese, English or Spanish, in the last ten years, based on: LILACS, MEDLINE, BDNF, PubMed, Web of Science, SCOPUS, EMBASE and CINAL, using the following guiding question: Which competencies permeate the teaching-learning of nursing consultation, considering the integrality of care?

**Results:** The search resulted in 95 studies, after applying the inclusion and exclusion criteria 10 articles were selected and analyzed. The following competencies were listed and discussed: the educator's commitment in the search for knowledge, theoretical-practical approach, encouragement to reflection, priority to practice, incentive to research, appropriation of the situation presented by the user, ethics and humanization, execution of listening, involving the in planning care and appropriating the systematization of nursing care.

**Conclusion:** This integrative review listed ten competencies for strengthening nursing consultation, emphasizing the process of training nurses to practice comprehensive care in primary health care. It is emphasized the need for more studies focused on the training of nurses in this theme.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar competencias para fortalecer la enseñanza de la consulta de enfermería considerando la atención integral.

**Métodos:** Revisión integral de artículos publicados en portugués, inglés o español, en los últimos diez años, basados en: LILACS, MEDLINE, BDNF, PubMed, Web of Science, SCOPUS, EMBASE y CINAL, utilizando la siguiente pregunta orientadora: ¿Qué competencias impregnan el enseñanza-aprendizaje de la consulta de enfermería, considerando la integralidad de la atención?

**Resultados:** La búsqueda resultó en 95 estudios, luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron y analizaron 10 artículos. Se enumeraron y discutieron las siguientes competencias: el compromiso del educador en la búsqueda de conocimiento, enfoque teórico-práctico, estímulo a la reflexión, prioridad a la práctica, incentivo a la investigación, apropiación de la situación presentada por el usuario, ética y humanización, ejecución de la escucha, involucrando el en la planificación de la atención y la apropiación de la sistematización de la atención de enfermería.

**Conclusión:** Esta revisión integradora enumeró diez competencias para fortalecer la consulta de enfermería, enfatizando el proceso de capacitación de enfermeras para practicar la atención integral en atención primaria de salud. Se enfatiza la necesidad de más estudios enfocados en la capacitación de enfermeras en este tema.

<sup>1</sup>Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Taubaté, Taubaté, SP, Brasil.

## Como citar:

Crivelaro PM, Posso MB, Gomes PC, Papini SJ. Dez competências para ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem e integralidade do cuidado. *Enferm Foco*. 2021;12(1):139-46.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3850

## INTRODUÇÃO

A realização do Processo de Enfermagem (PE) na Atenção Primária à Saúde (APS) é usualmente chamada de Consulta de Enfermagem (CE). Esse processo se dá por meio de cinco etapas interrelacionadas, dinâmicas que se desdramatizam pela realização da coleta de dados (histórico de enfermagem e avaliação física), diagnósticos de enfermagem, planejamento de ações, implementação e avaliação dos resultados alcançados.<sup>(1-4)</sup>

A CE é obrigatória em qualquer ambiente que disponha de equipe de enfermagem,<sup>(4)</sup> porém, sua execução, apesar das fortes recomendações científicas e legais, ainda não é efetivada por enfermeiros de muitas unidades de saúde, devido dificuldades no cotidiano de trabalho.

Tais dificuldades, são abordadas em estudos como: alta demanda de pacientes, quadro funcional reduzido, falta de tempo, ausência de protocolos assistenciais, dificuldades na avaliação física e no uso de taxonomias diagnósticas e sobretudo insuficiência do processo de formação profissional para prática da CE.<sup>(5-10)</sup>

Muitos são os saberes, habilidades e competências que envolvem a execução da CE, pois vai além de um momento com o paciente, envolve escuta qualificada, conhecimento clínico e propedêutico, uso de teorias de enfermagem e evidências na prática do cuidado, além dos aspectos éticos e humanísticos.<sup>(5-10)</sup>

O enfermeiro precisa estar preparado para atender às demandas de saúde-doença da população, refletindo constantemente sobre conceito ampliado de saúde e na aplicação prática dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para resolutividade no atendimento prestado.

Dentre os princípios doutrinários do SUS, citam-se a universalidade, equidade, e destaca-se a integralidade da assistência prestada, para o contexto da CE, pois nesta perspectiva, o ser humano não deve ser fragmentado, mas entendido em todos os seus aspectos.<sup>(6)</sup>

Assistir integralmente envolve conhecer o indivíduo em suas dimensões sociais, emocionais, espirituais e biológicas, possibilitando assim, o desenvolvimento de ações curativas, mas também preventivas e de promoção à saúde, de modo a reconhecer precocemente potenciais riscos e preveni-los, considerando também o alcance do bem-estar.<sup>(11-15)</sup> Assim a CE, não pode ser focada na queixa do indivíduo, mas na complexidade do todo, para que as intervenções sejam de fato resolutivas.

Tais conhecimentos precisam ser incorporados desde o momento de formação profissional do enfermeiro e estão em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Enfermagem.<sup>(16)</sup>

A formação profissional é o momento oportuno para que se introduza no arcabouço de competências e habilidades teórico-práticas, o ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem e da integralidade do cuidado.<sup>(10-16)</sup> A construção deste processo de formação envolve tanto os discentes e docentes quanto os próprios usuários/pacientes, que neste cenário de mudanças e reformulações em saúde, se tornam protagonistas do ensino-aprendizagem em enfermagem.<sup>(17)</sup>

A palavra competência pode ser definida como à execução eficaz de atividades, por meio de saberes e conhecimentos adquiridos, sendo uma mistura complexa, rápida e criativa do uso da consciência, associada a atitudes, bem como valores próprios. Já a habilidade é o acionamento mental durante uma tomada de decisão, pelo uso de competências já adquiridas,<sup>(18)</sup> sendo que competências se transformam em habilidades.<sup>(19-21)</sup>

Tendo em vista que o processo de formação, é imprescindível à apropriação de conceitos, reflexões, bem como competências e habilidades,<sup>(6-10)</sup> o presente estudo tem como objetivo: identificar as competências para o fortalecimento do ensino da consulta de enfermagem, considerando o cuidado integral na Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

O presente estudo utilizou o método de revisão integrativa, que tem por finalidade reunir resumidamente os resultados de estudos primários sobre um objeto de investigação de forma sistematizada, levando o autor à compreensão dos aspectos que envolvem a temática.<sup>(22-32)</sup> Seguiu-se o referencial metodológico apresentado por Ganong (1987),<sup>(22)</sup> o qual apresenta a revisão integrativa norteada em seu esboço seis fases, as quais são apresentadas a seguir.<sup>(22)</sup>

### 1ª fase - Seleção da hipótese e as questões para revisão

A problemática da revisão foi elaborada a partir da estratégia: Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (desfecho), reconhecida pelo acrônimo PICO, conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Problema/sujeito	Discente de enfermagem
I	Intervenção	Competências para o ensino-aprendizagem da CE
C	Controle ou comparação	Não se aplica
O	Desfecho (outcomes)	Integralidade em saúde pela CE

A partir desta estratégia, formulou-se o seguinte questionamento: Quais competências permeiam o ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem, considerando a integralidade do cuidado? Para atender a questão

norteadora da pesquisa, foram montadas as estratégias de busca por meio dos descritores: educação em enfermagem; integralidade em saúde; processo de enfermagem, conforme Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*.

### 2ª fase – Seleção da amostra a ser estudada

As pesquisas foram feitas nas seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE)* e o Banco de Dados em Enfermagem – (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); foram buscados periódicos também na *US National Library of Medicine (PubMed Central)*; *Web of Science (WOS)*; *Scopus*; *Embase* e *CINHAL*. As buscas foram feitas nos meses de novembro e dezembro de 2019. Optou-se por pesquisar os estudos publicados nos últimos 10 anos (2009 a 2019), nos idiomas português inglês e espanhol, sendo recuperados 95 artigos, dos quais foram selecionados apenas aqueles que discutiram o ensino da consulta de enfermagem e da integralidade do cuidado na

graduação do enfermeiro. Foram excluídos os artigos que se repetiram entre as bases de dados, considerando-os apenas uma vez, conforme detalhado na figura 1.

## RESULTADOS

### 3ª e 4ª fases – Definição das características dos estudos/ Análise de estudos incluídos na revisão

As publicações incluídas neste estudo, que responderam à pergunta norteadora, totalizaram 10 artigos, os quais foram organizados de “A1” a “A10”, destes, seis foram encontrados na LILACS, um na Web of Science e três no Scopus. Podendo-se observar que nove dos dez artigos selecionados (A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10) trouxeram nos seus objetivos, a compreensão do princípio de integralidade sobre várias vertentes relacionadas à formação do enfermeiro, sendo possível destacar que a formação para a integralidade da assistência em saúde tem sido uma preocupação dos pesquisadores enfermeiros. Porém, apenas um estudo (A5) trouxe no seu arcabouço o ensino da consulta de enfermagem (Quadro 2).

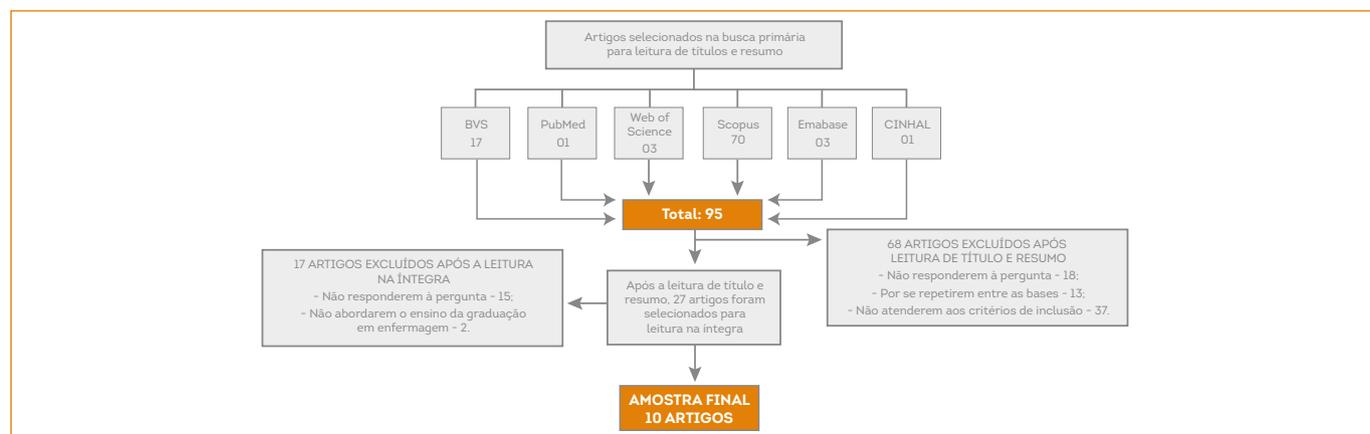


Figura 1. Fluxograma de seleção de amostra

### Quadro 2. Síntese dos estudos selecionados

nº	Título	ANO/ Autores	Periódico
A1	A formação do conceito de integralidade em saúde à luz da abordagem histórico-cultural.	2015 <sup>(6)</sup> Camargo RAA, Zuelli FMGC, Toneti NA, Silva MAL, Gonçalves MFC, Andrade LS.	Revista Eletrônica de Enfermagem
A2	Integralidade do cuidado na formação do enfermeiro: visões e vivências do acadêmico de enfermagem	2019 <sup>(9)</sup> Santos, ATS, Oliveira CB, Passos MC, Andrade ASA, Gallotti FCM.	Enfermagem em Foco
A3	Concepções de estudantes de enfermagem sobre a integralidade do cuidado à saúde.	2012 <sup>(28)</sup> Lima MM, Reibnitz KS, Kloh D, Wosny.	Ciência e Cuidado em Saúde
A4	Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro.	2010 <sup>(30)</sup> Leonello VM, Oliveira MAC.	Revista Brasileira Enfermagem
A5	Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde	2013 <sup>(13)</sup> Machado MLP, Oliveira DLLC, Manica ST.	Revista Gaúcha de Enfermagem
A6	Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem.	2014 <sup>(33)</sup> Kloh D, Reibnitz KS, Boehs AE, Wosny AM, Lima, MM.	Revista Latino Americana de Enfermagem
A7	O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências.	2015 <sup>(11)</sup> Regis CG, Batista NA.	Revista Brasileira Enfermagem
A8	A formação do conceito de integralidade em saúde à luz da abordagem histórico-cultural	2015 <sup>(12)</sup> Camargo RAA, Zuelli FMGC, Toneti AN, Silva MAT, Gonçalves MFC, Andrade LS.	Revista Eletrônica de Enfermagem
A9	A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil.	2011 <sup>(31)</sup> Lima JOR, Esperidião E, Munari DB.	Interface Botucatu
A10	Integralidade como princípio pedagógico na formação do enfermeiro	2013 <sup>(14)</sup> Lima MM, Reibnitz KS, Prado ML, Kloh D.	Texto & Contexto em Enfermagem

## 5ª fase – Detalhamento dos artigos

### primários selecionados

Em relação ao percurso metodológico, os 10 (dez) artigos eram de natureza qualitativa. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram entrevistas áudio gravadas (A1, A3, A4, A7, A8 e A10) grupo focal (A4, A5), análise documental (A6, A9) e questionário (A2). As análises foram feitas conforme, análise temática de Minayo (A2, A3, A5, A6, A7, A10) análise de discurso (A4), análise a luz da Teoria Vigotski (A1, A8), sendo que 1 artigo (A9) não trouxe no seu arranjo a metodologia para análise de dados. Dentre os referenciais teóricos utilizados prevaleceram os relacionados aos Princípios do SUS, em especial o de integralidade. Em relação a população estudada, os artigos abordaram principalmente os discentes, os docentes, coordenadores de cursos de graduação e profissionais de enfermagem. Os cenários dos estudos eram principalmente instituições públicas, em oito dos 10 artigos selecionados, sendo que dois estudos, não trouxeram esta informação. Sobre a localização geográfica das pesquisas selecionadas, estas se deram todas no Brasil, sendo notável uma boa distribuição regional dos estudos no País. O fato de os artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas serem todos brasileiros, se deu devido à natureza da problemática em questão que envolve o princípio de Integralidade da assistência em saúde previsto pelo SUS.

## DISCUSSÃO

### Competências para o ensino da consulta de enfermagem na perspectiva do cuidado integral

O processo de formação profissional, nos dias atuais, exige constantes transformações, as quais devem acompanhar as alterações de perfil epidemiológico e dos problemas de saúde que cercam a população,<sup>(29)</sup> exigindo, desenvolvimento de competências e habilidades profissionais.

No que tange à formação do enfermeiro, que possui como especialidade o cuidado, faz-se necessário que a integralidade, por meio do entendimento do ser humano em todas as suas dimensões, faça parte deste processo de formação,<sup>(27-30)</sup> afim de cumprir na prática o proposto pelas DCNs-Enfermagem, bem como pelas políticas públicas de saúde.

O princípio de integralidade, por vezes, tem sido descumprido na prática<sup>(8-30)</sup> principalmente pelo atendimento baseado nas queixas e pela fragmentação do cuidado prestado, quando o ideal seria acolher o indivíduo e atendê-lo baseando-se na complexidade que envolve sua vida, no processo saúde-doença e considerando seu contexto familiar e ambiental<sup>(29,30)</sup> “[...]As enfermeiras também fazem

referência à necessidade de um olhar ampliado, para além da queixa pontual[...]” (A4).<sup>(30)</sup>

Para a integralidade do cuidado na APS, ressalta-se a importância do ensino e a apropriação da CE na prática assistencial,<sup>(11-28)</sup> esta, por sua vez, é recomendada pelas legislações que envolvem a enfermagem, sendo que a vertente ensino da CE é a base da qualificação profissional para a posterior aplicação das teorias na prática. Considerando a importância de levar o aluno a experiências precoce da realidade prática do trabalho como forma de desenvolver a capacidade crítica e reflexiva. (A8).<sup>(12)</sup>

Apenas um artigo, sobre o ensino da CE (A5), foi filtrado nesta pesquisa, este, por sua vez, trata-se de uma pesquisa participante, desenvolvida com 8 alunos do curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública, no ano de 2013, tendo por objetivo: “Analisar uma intervenção no modo tradicional de ensinar a consulta de enfermagem e seu potencial para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde”, sendo ampliado o espaço de ensino-aprendizagem da CE, de acordo com a necessidade dos pacientes, os quais escolhiam onde queriam ser atendidos, estes espaços foram compostos pelo próprio domicílio, praças e até mesmo um shopping center. Como resultado, destacaram-se a importância e a recomendação da CE em novos espaços de ensino-aprendizagem, onde seja possível a formação de vínculo, para o desenvolvimento da integralidade do cuidado e, com isso, a evolução de práticas pedagógicas embasadas no conceito ampliado de saúde.<sup>(13)</sup>

[...] “Assim, a CE ampliada, pôde ser precursora de outro tipo de abordagem, não mais centrado em saberes previamente definidos como relevantes, mas orientado pelas necessidades singulares de cada usuário[...]” (A5).<sup>(13)</sup>

A CE é caracterizada pela execução do processo de enfermagem garantindo autonomia ao enfermeiro, a equipe de enfermagem e também ao usuário.<sup>(11)</sup>

Entende-se como grande desafio para as instituições de ensino, formar profissionais técnica e cientificamente preparados, para o atendimento das necessidades individuais e coletivas, promovendo a saúde e prevenindo doenças, incluindo nesse conjunto de competências e habilidades o olhar crítico-reflexivo, preparando-o para boas relações comunicativas e em especial para ouvir o outro com respeito.<sup>(29)</sup> “[...]oferecer, ao aluno, conhecimento e habilidade para falar, ouvir, reconhecer e expressar sentimentos, desenvolvendo sua própria grandeza como pessoa e profissional[...]” (A9).<sup>(31)</sup>

A instituição de ensino composta por dirigentes, docentes e discentes é responsável pelo desenvolvimento de competências e habilidades, pela relação pedagógica

expressa entre os sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem.<sup>(14)</sup>

Assim, por meio da análise dos estudos filtrados, foi possível elencar dez competências que instrumentalizam o ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem para o cuidado integral, as quais foram relatadas como importantes componentes de qualificação profissional para a prática.

### **A primeira competência: comprometimento do educador em saúde com as modificações da sociedade**

O educador em saúde deve buscar conhecimentos para acompanhar as necessidades de ensino-aprendizagem. Destacando a importância de uma equipe de ensino, com: “[...] docentes comprometidos e sensíveis às transformações e inovações que ocorrem no mundo da Saúde e da Educação[...]”. (A1).<sup>(8)</sup>

A Educação em Saúde atualmente transcorre em um cenário de modificações sociais, políticas, tecnológicas, culturais e epidemiológicas, as quais necessitam serem compreendidas, estudadas e acompanhadas por parte dos docentes da graduação em enfermagem. Essas modificações interferem no modo de ensinar e de aprender a trama que envolve os problemas individuais e coletivos. Tal comprometimento docente engloba também o aprimoramento constante desses profissionais,<sup>(29-32)</sup> sendo importante destacar a necessidade da atualização dos modelos de ensino e da ruptura com os modelos de “Ensino por Transmissão”. Tais mudanças devem estar pautadas na problematização, levando o aluno a reflexão-crítica e resolutividade dos problemas levantados.<sup>(13)</sup>

Também deve ser considerada a era tecnológica vivenciada pelo público discente.<sup>(6)</sup> Contemplando a prática de ensino dinâmico, que possibilite processo de aprendizagem crítico e reflexivo, aproximando o aluno ao contexto da prática, sendo este, sujeito participativo.<sup>(16)</sup>

### **A segunda competência: aproximação da teoria e prática**

Está relacionada com a necessidade de o docente saber romper com a dicotomia entre teoria e a prática. “[...] o diálogo deve estar presente em todo processo de ensino-aprendizagem de forma horizontal entre os sujeitos, proporcionando aproximação com a realidade[...]”(A2).<sup>(29)</sup> possibilitando assim, maior aprendizagem de quaisquer conteúdos, pois articulação teórico-prática diminui as possibilidades de fragilidades no processo de formação (A6).<sup>(33)</sup>

Uma das estratégias utilizadas por universidades públicas e privadas para o fortalecimento do ensino teórico-prático são as metodologias ativas de ensino. Estas

propõem a autonomia e a emancipação do discente, sendo este capaz de gerenciar o próprio processo de formação. Entende-se que o ensino exige o respeito e a dignidade do aluno como ser pensante.<sup>(19)</sup>

### **A terceira competência: levar o aluno à reflexão**

“[...] os alunos quando estimulados a refletir e discutir acerca de estratégias para incentivo do cuidado integral de forma ativa durante a graduação” ocorre a ampliação do olhar quanto às necessidades do paciente, ressaltando também a importância da sistematização da assistência para o cuidado efetivo...” (A2).<sup>(14-29)</sup>

A formação precisa ser dinâmica e o aluno precisa ser participativo, ser estimulado à criatividade e reflexão, sabendo descobrir as respostas para problemas provenientes dos mais diversificados contextos que envolvem a área de atuação.<sup>(14)</sup> Além disso, o processo reflexivo proporciona ao aluno a autonomia na construção e no entendimento de conceitos teórico-práticos,<sup>8</sup> mobilizando-os para a ação.

### **A quarta competência: prioridade de contextos práticos**

Recomenda-se que: “[...] o professor se concentre no aprendizado para a aplicação na prática sem subvalorizar a teoria dada em sala de aula[...]”.<sup>(29)</sup> É necessário a atuação prática nos diversos cenários, a fim de qualificar o aluno para a intervir adequadamente para o atendimento das necessidades de saúde de uma população.<sup>(16)</sup>

Como exemplo de estratégia de ensino prático, descreve-se a Simulação Realística, uma tecnologia que vem ganhando espaço nas instituições de ensino, por possibilitar uma maior proximidade com a prática. Neste método, o aluno e professor atuam em um ambiente minuciosamente alinhado para o conteúdo que se pretende ministrar, havendo uma preparação dos atores, que podem ser os próprios alunos, para simulação dos atendimentos. Tal estratégia, proporciona ao aluno a vivência prática e a autonomia nas intervenções e, ao professor, favorece a observação de fora da cena para um *feedback* quanto aos pontos positivos e negativos.<sup>(34,35)</sup>

### **A quinta competência: a pesquisa**

Direciona-se a importância do incentivo a pesquisa como forma de ampliar os conhecimentos “[...]Além disso, os alunos podem ser estimulados a buscar conhecimento extra-classe, seja em livros/artigos ou com as pessoas envolvidas no contexto de trabalho que estão inseridos[...]” (A2).<sup>(29)</sup>

O incentivo à pesquisa, de acordo com as DCNs-Enfermagem deve ser “eixo integrador”, por meio dos programas de iniciação científica,<sup>(16)</sup> agregando à formação

acadêmica o rico contexto que rege a prática baseada em evidências.

#### **A sexta competência: aproximação da ação**

Remete à necessidade de apropriação do contexto apresentado pelo usuário/paciente, levando o discente à aproximação da ação.

[...] A lacuna na construção de um conceito genuíno e o pensar por complexos, significa propiciar um cuidado fragmentado, em que o profissional não consegue visualizar a extensão de seus atos, e o conceito de integralidade em saúde será parte do discurso, porém ainda distanciado da ação[...] (A1).<sup>(8)</sup>

Quando se fala da formação para a apropriação de contextos que envolve o paciente, refere-se, além das questões clínicas, à importância da equipe multiprofissional que é imprescindível para a integralidade do cuidado. Visto que, ao se deparar com o real enfrentamento do cotidiano profissional, é necessário minimamente saber por onde começar e sobre quais perspectivas se embasar.<sup>(17)</sup> O que é corroborado pela DCN-Enfermagem<sup>(16)</sup> mediante a recomendação de uma formação generalista embasada nos princípios do SUS.

Além disso, apropriar-se do caso que o usuário/paciente apresenta, significa estudar estratégias para resolatividade de seu problema, que pode ser físico, biológico, psicológico e espiritual, utilizar uma classificação diagnóstica padronizada para guiar a prática e, sobretudo, conhecer os caminhos que a rede de atenção à saúde oferece para interdisciplinaridade e integralidade do atendimento prestado.<sup>(8,36)</sup>

#### **A sétima competência: ética e humanização**

"[...] revela o interesse dos cursos de graduação em Enfermagem investigados em formar profissionais capazes de proporcionar a assistência mais humana, norteada por princípios éticos, valorizando a pessoa do paciente [...]" (A9).<sup>(31)</sup>

Considera-se a importância das competências ético-humanísticas para a aplicação da integralidade,<sup>(31)</sup> pois ao adentrar uma situação de vida do usuário é indispensável a aplicação da ética, bem como a sensibilidade e empatia para resolução dos problemas.

#### **A oitava competência: executar o ouvir**

"[...] a escuta foi destacada como tecnologia importante para a ampliação dos modos de oferecer o cuidado com base em necessidades de saúde, ao facilitar a apreensão de situações de vida dos usuários[...] (A5).<sup>(13)</sup> Escutar o outro favorece o vínculo pela proximidade que o ato de ouvir

exige, proporcionando relação de confiança, que pode resultar na melhor adesão aos cuidados prescritos.<sup>(13)</sup>

#### **A nona competência: envolver o paciente no planejamento do cuidado**

Competência que deve ser desenvolvida por docentes e discentes na prática do ensino "[...] reconhecimento pelos alunos, da importância da participação do usuário na elaboração do seu próprio plano de cuidados, indica igual valorização da autonomia do sujeito na sua relação com a integralidade [...]" (A5).<sup>(13)</sup> demonstrando que a integralidade do cuidado deve ser pensada também pelo paciente.

Para que a assistência seja integral e resolutive, o próprio paciente precisa estar envolvido no planejamento de cuidados. Assim, pelo entendimento do processo de planejamento e das vertentes que envolve o binômio saúde-doença, este usuário pode contribuir com o plano terapêutico, trata-se de competência que deve ser desenvolvida pelo docente e discente de enfermagem na prática do cuidado.<sup>(13)</sup>

#### **A décima competência: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**

Para instrumentalização do cuidado integral é necessário a apropriação da SAE.

"...Ressaltando também a importância da sistematização da assistência para o cuidado efetivo..."A2.

[...] A realização da SAE é uma competência identificada pelos sujeitos deste estudo como necessária na área da saúde coletiva. O raciocínio diagnóstico de enfermagem, apesar de recente, tem transformado a prática por seu caráter científico e aplicabilidade nas diversas áreas de atuação do enfermeiro. A SAE relaciona-se com autonomia profissional e do usuário e com necessidades biológicas e sociais da população assistida... (A7)<sup>(11)</sup>

O ensino e apropriação da SAE é extremamente relevante pelo seu caráter generalista e metodológico e, pela aplicação prática que é realizada por meio de etapas inter-relacionadas, que, se desenvolvidas adequadamente, podem promover a integralidade do atendimento prestado.

Assim, a formação do enfermeiro na graduação deve ser encarada como espaço de construção coletiva, no qual professores e alunos busquem em conjunto estratégias de fortalecimento do ensino teórico-prático em contextos como os da integralidade do cuidado e do ensino da consulta de enfermagem como ferramenta privativa de valorização profissional.<sup>(14)</sup>

Diante do processo de busca e desenvolvimento do método aplicado, reconhecemos as limitações desta pesquisa.

Estas estiveram principalmente relacionadas à internacionalização dos trabalhos filtrados, uma vez que o descritor Integralidade em Saúde, enquanto princípio do Sistema Único em Saúde, restringiu o universo de estudos, por ser principalmente abordados em pesquisa realizadas no Brasil. Outra limitação se refere ao número de artigos que centralizasse o tema “ensino da consulta de enfermagem”, o qual foi principalmente encontrado dentro das discussões/categorias e não como objeto principal das pesquisas. Por fim, também vale ressaltar como limitação, o fato de somente serem filtrados estudos qualitativos, devido ao nível de evidência, sendo que os descritores e a própria problemática envolviam a necessidade de refletir sobre competências e integralidade em saúde, isso pode explicar a escolha dos autores pela pesquisa qualitativa.

Este artigo contribui para a prática por meio das competências elencadas, as quais devem ser constantemente refletidas e aplicadas ao processo de formação profissional, ações importantes para a efetivação da consulta de enfermagem e do cuidado integral na atenção primária à saúde.

## CONCLUSÃO

Por meio da metodologia aplicada neste estudo, foi possível elencar dez competências para o fortalecimento

do ensino da CE na perspectiva da integralidade do cuidado, as quais devem ser aplicadas nos cursos de graduação em enfermagem e estão em consonância com as DCN's da área. Assim, destaca-se a necessidade de que pesquisadores estejam atentos para esta temática, desenvolvendo estudos voltados para o ensino da CE. Especialmente no que se refere a avaliações da efetividade do ensino ofertado e adequação das metodologias teórico-práticas, afim de que a formação profissional conduza o enfermeiro ao empoderamento desta ação no seu cotidiano de trabalho. O desenvolvimento de competências e habilidades voltadas à CE valoriza a categoria e confere autonomia clínica, organizacional e de planejamento das demais atribuições do enfermeiro na APS, o que favorece um cuidado integral e por sua vez resolutivo.

## Contribuições

Patrícia Maria da Silva Crivelaro: concepção e desenho do estudo/ redação do manuscrito/ coleta, análise e interpretação dos dados. Maria Belén Salazar Posso: revisão crítica do manuscrito. Paulo Cesar Gomes: aprovação da versão final a ser publicada. Sílvia Justina Papini: concepção e desenho do estudo/ redação do manuscrito/ coleta, análise e interpretação dos dados.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS 2436, 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) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Nov 15]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaAtualizada-pl.pdf>
2. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 1986 [cited 2018 Nov 5]. 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)
3. Almeida BP, Dias FSB, Cantú PM, Duran ECM, Carmona EV. Attitudes of nurses from a public teaching hospital regarding the nursing process. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03483.
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen 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 [Internet]. Brasília (DF): COFEN; 2009 [cited 2018 Nov 05]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html)
5. Santos MG, Bitencourt JV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm Foco*. 2017;(4):49-53.
6. Silva KM, Santos SM. A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família: realidade de um distrito sanitário *Rev Enferm UFSM*. 2016;17(1):99-111.
7. Pinto AC, Garanhani ML, França TE, Pierotti I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. *Pro-Posições*. 2015;(28):88-110.
8. Camargo RA, Zuelli FM, Toneti AN, Silva MA, Gonçalves MF, Andrade LS. Forming the integrality in health concept based on the historical-cultural approach. *Rev Eletrônica Enferm*. 2015;17(4):1-10.
9. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03375.
10. Kahl C, Meirelles BH, Lanzoni GM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03327.
11. Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):548-54.
12. Camargo RA, Zuelli FM, Toneti AN, Silva MA, Gonçalves MF, Andrade LS. Forming the integrality in health concept based on the historical-cultural approach. *Rev. Eletrônica Enferm*. 2015;65(1):56-64.
13. Machado ML, Oliveira DL, Manica ST. Extended nursing consultation: education possibilities for the practice of integrality in health. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):53-60.

14. Lima MM, Reibnitz KS, Prado ML, Kloh D. Comprehensiveness as a pedagogical principle in nursing education. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(1):106-13.
15. Brasil. Leis, Decretos. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet].* 20 Set 1990 [cited 2019 Jun 24]. p. 1-13. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:LEI+No+8.080,+DE+19+DE+SETEMBRO+DE+1990#1>
16. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE nº 4, de 7 de Novembro 2001. Aprova as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação. [cited 2018 Nov 15]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
17. Alberti GF, Schimith MD, Budó ML, Neves GL, Rosso LF. First-contact Accessibility attribute in primary health care services and care practices : contributions to academic education for nurses. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3):e4400014.
18. Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar. 1a ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. 192 p.
19. Regino DSG, Nascimento JS, Parada CM, Duarte MT, Tonete VL. Training and evaluation of professional competency in pediatric nursing: perspective of university professors. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03454.
20. Stein C, Castilhos ED, Bighetti TI. Desenvolvimento de habilidades e competências no estágio no Sistema de Saúde Pública da Catalunha, Espanha. *Revista da Abeno.* 2018;18(2):94-103.
21. Souza EF, Silva AG, Silva AI. Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(supl.2):920-4.
22. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Rev Nurs Health.* 1987;10(1):1-11.
23. Mattia BJ, Kleba ME, Prado ML. Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2039-49.
24. Copelli FH, Erdmann AL, Santos JL. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):289-98.
25. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Monteiro DA, Goulart MB, Garcia LA. Modelos para a implantação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):20700.
26. Cardoso V, Trevisan I, Cicolella DA, Waterkemper R. Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28:e20170279.
27. Correa-Junior AJ, Souza TC, Sousa YM, Polaro SH, Santana ME, Silva SE, et al. Popular education in health, critical thinking and the seven type of knowledge. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(2):537-45.
28. Lima MM, Reibnitz KS, Kloh D, Wosny AM. Concepções de estudantes de enfermagem sobre a integralidade do cuidado à saúde. *Cienc Cuidado Saude.* 2012;11(2):259-66.
29. Santos AT, Oliveira CB, Passos MC, Andrade AS, Gallotti FC. Integrality of care in the training of nurses: visions and experiences of nursing students. *Enferm Foco.* 2019;17(4):764-71.
30. Leonello VM, Oliveira MA. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):366-70.
31. Lima JO, Esperidião E, Munari DB. A formação ético-humanista do enfermeiro: Um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2011;15(39):1111-26.
32. Nalom MF, Ghezzi JF, Higa AF, Peres CR, Marin MJ. Health education: learning from professional practice. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24(5):1699-1708.
33. Kloh D, Reibnitz KS, Boehs AE, Wosny AM, Lima MM. The principle of integrality of care in the political-pedagogical projects of nursing programs. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2014;22(4):693-700.
34. Rohrs RM, Santos CF, Barbosa RS, Schulz RS, Carvalho MB. Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(12):5269-74.
35. Ferreira C, Carvalho JM, Carvalho FL. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde [Internet]. In: 2o STAES - Seminário de Tecnologias Aplicadas em Educação e Saúde; 2016; Salvador. Salvador: UNEB; 2016 [cited 2019 Jan 03]. Available from: [file:///C:/Users/Patricia/Desktop/1617-4228-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Patricia/Desktop/1617-4228-1-PB%20(1).pdf)
36. Dias CD, Soares M, Meincke SM, Matos G. Nursing working process in primary health care: integrative review. *Rev Enferm UFPE on-line.* 2016;10(3):1523-34.

## INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE PRIMEIROS SOCORROS

EDUCATIONAL INTERVENTION TO KNOW KNOWLEDGE ABOUT FIRST AID

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA CONOCER EL CONOCIMIENTO SOBRE LOS PRIMEROS AUXILIOS

Magda Milleyde de Sousa Lima<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5763-8791>)

Priscila Martiniano dos Santos<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-3027-6801>)

Darlane Verissimo de Araújo<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5459-9678>)

Joselany Áfio Caetano<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-0807-056X>)

Livia Moreira Barros<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-0174-2255>)

### Descritores

Primeiros socorros; Educação em saúde; Enfermagem

### Descriptors

First aid; Health education; Nursing

### Descriptores

Primeros auxilios; Educación Sanitaria; Enfermería

### Recebido

25 de Maio de 2020

### Aceito

10 de Fevereiro de 2021

### Conflitos de interesse

nada a declarar.

### Autor correspondente

Magda Milleyde de Sousa Lima  
E-mail: limamilleyde@gmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as evidências científicas sobre a efetividade de intervenções educativas na aquisição de conhecimentos sobre primeiros socorros para população leiga.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada a partir da questão norteadora: "Quais são as evidências científicas sobre o uso de intervenções educativas para aquisição de conhecimento sobre primeiros socorros entre a população leiga?". A busca foi realizada em nove bases de dados.

**Resultados:** A amostra da revisão foi composta por dez estudos. Houve o predomínio de estudos em 2017, publicados principalmente no Brasil, com público-alvo formado por funcionários, professores e estudantes de escolas. As principais intervenções educativas foram: educação em saúde por meio de programa de treinamento, palestra, roda de conversa, aula teórico-prática. Os principais assuntos abordados foram: fraturas, parada cardiorrespiratória, hemorragia, convulsão e queimadura.

**Conclusão:** As intervenções educativas foram efetivas na aquisição de conhecimento sobre primeiros socorros entre leigos.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the scientific evidence on the effectiveness of educational interventions in acquiring knowledge about first aid for the lay population.

**Methods:** Integrative literature review based on the guiding question: "What is the scientific evidence on the use of educational interventions to acquire knowledge about first aid among the lay population?". The search was carried out in nine databases.

**Results:** The review sample consisted of ten studies. There was a predominance of studies in 2017, published mainly in Brazil with a target audience formed by school staff, teachers and students. The main educational interventions were: health education through a training program, lecture, conversation circle, theoretical-practical class. The main subjects covered were: fractures, cardiopulmonary arrest, hemorrhage, seizure and burn.

**Conclusion:** Educational interventions were effective in acquiring knowledge about first aid among laypeople.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones educativas en la adquisición de conocimientos sobre primeros auxilios para la población laica.

**Métodos:** Una revisión de literatura integradora basada en la pregunta guía: "¿Cuál es la evidencia científica sobre el uso de intervenciones educativas para adquirir conocimiento sobre primeros auxilios entre la población laica?". La búsqueda se realizó en nueve bases de datos.

**Resultados:** La muestra de revisión consistió en diez estudios. Hubo un predominio de los estudios en 2017, publicados principalmente en Brasil con un público objetivo formado por personal escolar, maestros y estudiantes. Las principales intervenciones educativas fueron: educación para la salud a través de un programa de capacitación, conferencia, círculo de conversación, clase teórico-práctica. Los principales temas abordados fueron: fraturas, paro cardiorrespiratorio, hemorragia, convulsiones y quemaduras.

**Conclusión:** Las intervenciones educativas fueron efectivas para adquirir conocimiento sobre primeros auxilios entre los laicos.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, CE, Brasil.

### Como citar:

Lima MM, Santos PM, Araújo DV, Caetano JA, Barros LV. Intervenção educativa para aquisição de conhecimento sobre primeiros socorros. *Enferm Foco*. 2021;12(1):147-53.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3898

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta muitos desafios, dos quais destacam-se: elevada morbidade e mortalidade ocasionada pelas epidemias, doenças crônicas não transmissíveis, doenças cardiovasculares, cânceres e causas externas.<sup>(1)</sup> De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS),<sup>(2)</sup> estima-se que 41 milhões de pessoas morreram no ano de 2016 decorrente de doença crônica não transmissível, destas, 17,9 milhões ocorreram em pacientes com doenças cardiovasculares.

Por sua vez, a mortalidade por causas externas também apresenta valores elevados, sendo considerada a principal causa de morte entre adultos (dez a 49 anos) e a terceira entre crianças (recém-nascidas a nove anos) e indivíduos acima de 50 anos. As principais ocorrências são decorrentes de agressões, acidentes no trânsito, quedas, intoxicações, queimaduras e afogamentos.<sup>(3)</sup> Com isso, as causas externas e as doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de mortes evitáveis, ambas propícias para realização de intervenções intersetoriais e de políticas públicas relacionadas com a promoção da saúde.<sup>(4)</sup> Neste contexto, destaca-se a necessidade de capacitar o público leigo para agir em situações de emergência, pois sua atuação contribui para redução dos índices de mortes evitáveis e de sequelas relacionadas com eventos súbitos no âmbito pré-hospitalar, pois em muitos casos, a evolução do paciente depende da rapidez e da qualidade dos primeiros socorros prestados.<sup>(5,6)</sup>

Ressalta-se que a população se envolve de forma significativa no atendimento e no transporte de vítimas em situações de emergência, sendo de suma importância aplicar intervenções educativas de acordo com a realidade de cada região, envolvendo a participação dos grupos da sociedade e maximizando a atuação dos mesmos em casos de emergência fora do ambiente hospitalar.<sup>(7)</sup> Estudo realizado por pesquisadores internacionais, analisou 38 estudos e identificou que 50% de todos os entrevistados foram treinados para agir em emergências, entretanto, somente 19% receberam treinamento nos 12 meses antes da pesquisa. Além disso, as autoras identificaram que os entrevistados tinham nível elevado de confiança e vontade de realizar os primeiros socorros, contudo havia um baixo nível de conhecimento e de habilidade.<sup>(8)</sup>

Com isso, a implantação de técnicas de educação em saúde pode ser uma medida eficaz na construção do conhecimento de leigos sobre primeiros socorros em diferentes áreas da sociedade, pois ela auxilia a construção do saber por meio da valorização dos conhecimentos

prévios da população. Essa técnica é formada por um tripé que envolve: os profissionais de saúde que desenvolvem ações para prevenção de doenças e promoção da saúde, os gestores que incentivam os profissionais e a população leiga, que tem a necessidade de adquirir novos conhecimentos a fim de aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos.<sup>(9,10)</sup> Diante desta realidade, para que o público leigo adquira conhecimento sobre primeiros socorros é essencial que os profissionais de saúde realizem medidas educativas com base na prática baseada em evidência, ou seja, de acordo com o resultado de pesquisas científicas. Com isso, o estudo torna-se relevante, pois os resultados trazem informações importantes sobre as intervenções realizadas no cenário nacional e internacional, os principais temas abordados nas capacitações e o público-alvo.

A partir desses dados é possível fazer uma análise crítica do cenário mundial sobre a efetividade dos modelos de intervenções educativas sobre primeiros socorros. Assim, o presente estudo tem o objetivo de analisar as evidências científicas sobre a efetividade de intervenções educativas na aquisição de conhecimentos sobre primeiros socorros para população leiga.

## MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa de literatura, um método de pesquisa que visa analisar as publicações pregressas de maneira integral e sistemática,<sup>(11)</sup> a partir de cinco etapas: identificação da questão norteadora, busca na literatura, avaliação dos dados com foco na qualidade, análise dos dados e apresentação dos resultados.<sup>(12)</sup>

A questão norteadora foi elaborada por meio da estratégia PICO.<sup>(13)</sup> O acrônimo (C), referente a comparação ou controle não foi utilizado, pois não houve necessidade para análise de estudos comparativos. Assim, surgiu o seguinte questionamento: "Quais são as evidências científicas sobre o uso de intervenções educativas para aquisição de conhecimento sobre primeiros socorros entre a população leiga?".

A busca e seleção dos dados foi realizada em julho de 2019 através das bases eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (Medline/PUBMED), PMC/PUBMED, *Scopus*, *Web Of Science* (WOS), *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Cochrane*. Foi utilizado o cruzamento dos descritores: "first aid" AND ("clinical competence" OR "health education"),

extraídos do Descritores em Ciências da Saúde (DeSH) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

Os critérios de inclusão foram: estudos sobre a temática, publicados em português, inglês ou espanhol nos últimos 10 anos. Justifica-se a restrição do período, pois a revisão busca dados atualizados sobre o tema. Foram excluídos: relatos de casos informais, estudos publicados em fontes que não sejam disponíveis eletronicamente, notícias, reportagens, textos não científicos, publicações repetidas e revisões de literatura.

A coleta de dados foi realizada em julho de 2019 por meio do instrumento de Ursi (2005),<sup>(14)</sup> o qual possibilitou a análise e síntese dos artigos incluídos na pesquisa por meio das variáveis: título, idioma, ano de publicação, nome do periódico, características metodológicas do estudo, intervenções mensuradas e resultados encontrados.

### Procedimentos de análise e tratamento dos dados quanti e/ou qualitativos

Os dados dos artigos foram analisados de maneira sistemática após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, leitura de título e resumo, seguida de leitura na íntegra, possibilitando a apresentação dos resultados dos estudos por meio de um quadro de caracterização e uma tabela sobre os temas abordados nas intervenções e suas respectivas frequências.

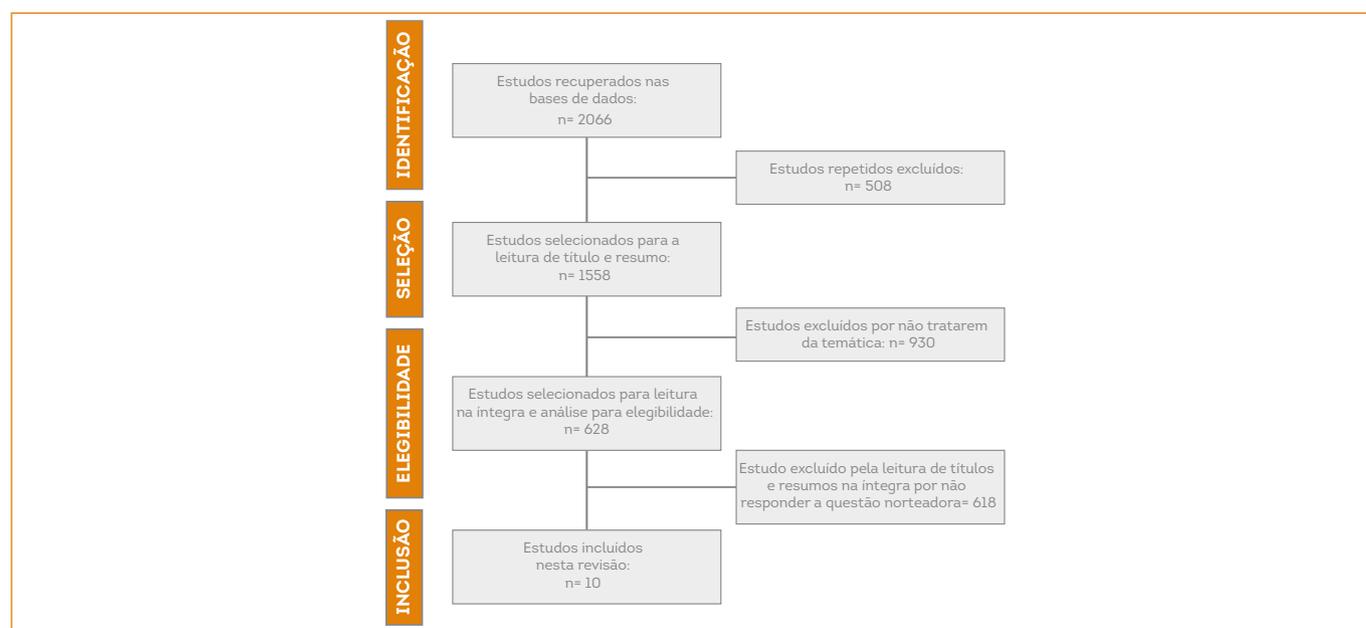
## RESULTADOS

A partir da busca foram encontrados 2.066 artigos, destes, 845 na *Scopus*, 583 na *PMC/PUBMED*, 538 na *Medline/*

*PUBMED*, 42 na *Cochrane*, 33 na *LILACS*, 17 na *BDEFN* e oito na *Web Of Science*. O processo de seleção dos estudos foi de acordo com as recomendações do *PRISMA*,<sup>(15)</sup> conforme a figura 1.

A amostra do estudo contou com dez artigos, cinco oriundos do Brasil (50%) e os demais na Argentina, Índia, Uganda, Coreia do Sul e Egito, sendo um estudo por cada país. No que diz respeito ao idioma, cinco artigos foram publicados em português (50%), quatro em inglês (40%) e um em espanhol (10%). Cinco artigos foram publicados no ano de 2017 (50%), e os demais nos anos de 2018, 2015, 2013, 2009 e 2008. Quanto ao delineamento utilizado no método, houve o predomínio de abordagem quase-experimental em três estudos (27,3%). Em relação ao público-alvo, dez estudos (90%) fizeram uma abordagem com leigos unidades escolares, sendo estes funcionários, professores e alunos. Um estudo (10%) teve como público-alvo policiais, taxistas e líderes comunitários. O quadro 1 apresenta informações sobre: autoria, ano de publicação, intervenção educativa e resultados encontrados.

Dos dez estudos analisado, seis (60%) citam o uso de avaliação com instrumento pré e pós testes. Outros dois (20%) realizam uma análise por meio de grupos experimentais e grupos controle, um estudo (10%) foi de construção e validação de cartilha e outro (10%) tratava-se de um relato de experiência. Todos os estudos analisados abordavam o uso de intervenções educativas sobre conhecimentos clínicos e traumatológicos de temas variados, distribuídos na tabela 1.



Fonte: Adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.<sup>(15)</sup>

**Figura 1.** Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado de acordo com as recomendação PRISMA

### Quadro 1. Dados de caracterização dos artigos incluídos

Autor/Ano	Delineamento do estudo	Tipo de intervenção educativa	Público-alvo das intervenções	Resultados alcançados com a intervenção
Martin R <i>et al.</i> 2015 <sup>(14)</sup>	Estudo experimental	Educação em saúde teórica e prática sobre: queimadura, feridas, contusões, desmaio, fratura, queda.	Professores escolares	Houve aquisição de conhecimento entre professores, uma vez que o percentual de acertos obtidos antes da intervenção educativa foi de 38,6% e 76,2% após a intervenção.
Bandyopadhyay <i>et al.</i> 2017 <sup>(17)</sup>	Estudo quase-experimental	Palestra sobre: corte, queimadura; fratura, intoxicação endógena, sangramento nasal, objeto estranho no corpo.	Estudantes escolares	Houve aquisição de conhecimento entre estudantes escolares, uma vez que o escore pré-teste teve pontuação de (média = 1,50, desvio padrão [DP] = 0,47) ao escore pós-teste (média = 6,53, DP = 1,30).
Calandrim LF <i>et al.</i> 2017 <sup>(18)</sup>	Estudo quase-experimental	Educação em saúde teórica e prática sobre: parada cardiorrespiratória (PCR), avulsão dentária, Obstrução das vias aéreas por corpos estranhos (OVACE), hemorragia, convulsão e sangramento nasal.	Professores e funcionários escolares	Houve aquisição de conhecimento entre professores e funcionários escolares, pois o pré-teste do treinamento obteve pontuação média de 19,43 pontos referentes a habilidade e 2,91 pontos no conhecimento e o pós-teste foi de 174,57 pontos na habilidade e 9,17 no conhecimento.
Fioruc BE <i>et al.</i> 2008 <sup>(19)</sup>	Estudo exploratório	Treinamento sobre: hemorragia externa, convulsão, desmaio, sangramento nasal e avulsão dental.	Professores e funcionários escolares	Houve aquisição de conhecimento entre professores e funcionários, pois foi verificado que no pré-teste houve baixo desempenho comparado ao pós-teste.
Galindo Neto NM <i>et al.</i> 2017 <sup>(20)</sup>	Estudo metodológico	Cartilha educativa sobre: Corte, hemorragia, fratura, convulsão, amputação, queimadura, avulsão dentária, intoxicação, desmaio, PCR, OVACE e afogamento.	Professores escolares	A cartilha é um instrumento que contribui para aquisição de conhecimento entre professores, uma vez que os itens da tecnologia educativa foram avaliados como pertinentes e o Level Content Validity Index teve média de 0,96, sendo um material válido no processo de intervenção educativa.
Jayaraman S <i>et al.</i> 2009 <sup>(21)</sup>	Estudo prospectivo	Programa de treinamento sobre: hemorragia, feridas e fraturas.	Policiais, taxistas e líderes comunitários	Houve aquisição de conhecimento entre policiais, taxistas e líderes comunitários, pois os resultados evidenciam que os leigos obtiveram resultados positivos após realização do curso, pois a análise estatística evidenciou que no sexto mês de treinamento os participantes responderam 92% do questionário, comparado com 86% do início do treinamento.
Lee J <i>et al.</i> 2018 <sup>(22)</sup>	Estudo com aplicação do Método Delphi	Programa de treinamento sobre: PCR, hematoma, contusão, abrasão, febre alta, convulsão, fratura.	Professores escolares	Houve aquisição de conhecimento entre professores escolares, pois os escores de confiança, conhecimento e desempenho foram maiores no grupo experimental e menores no grupo controle.
Mesquita TM <i>et al.</i> 2017 <sup>(23)</sup>	Estudo analítico	Slide <i>versus</i> recurso educativo (caixa lúdica de primeiros socorros) sobre: queimaduras, choques elétricos, afogamento, OVACE e PCR.	Estudantes escolares	Houve aquisição de conhecimento entre estudantes escolares, pois os alunos que usaram o recurso educativo tiveram percentual de acerto maior (87%) comparado aos que tiveram aula expositiva (37%).
Silva LGS <i>et al.</i> 2017 <sup>(24)</sup>	Relato de experiência	Roda de conversa sobre: desmaio, OVACE, fraturas, convulsão, ferimentos e sangramento nasal.	Professores escolares	O estudo evidenciou que medidas educativas envolvendo diálogo auxiliam aquisição de conhecimentos e no aprimoramento da prática de professores escolares. Destaca-se que o estudo não utilizou instrumentos quantitativos de pré e pós teste para análise dos dados.
Wafik W <i>et al.</i> 2014 <sup>(25)</sup>	Estudo quase-experimental	Programa de treinamento sobre: feridas, intoxicação, choque elétrico, hemorragia, queimaduras, fraturas, asfixia, PCR.	Estudantes escolares	Houve aquisição de conhecimento entre estudantes escolares, pois os resultados indicam baixo índice no pré-teste e melhora significativa no pós-teste.

**Tabela 1.** Principais conhecimentos abordados nas intervenções educativas sobre primeiros socorros para a população leiga

Conteúdo abordado	Número de artigo (Frequência) n(%)
Fratura	7 (70)
PCR	5(50)
Hemorragia	5(50)
Convulsão	5(50)
Queimadura	5(50)
Epistaxe	4(40)
Ovace	4(40)
Desmaio	4(40)
Feridas	4(40)
Intoxicação endógena	3(30)
Avulsão dentária	3(30)
Corte	2(20)
Afogamento	2(20)
Choque elétrico	2(20)
Contusão	2(20)
Amputação	1(10)
Objeto estranho no corpo	1(10)
Abrasão	1(10)
Asfixia	1(10)
Queda	1(10)
Hematoma	1(10)
Febre	1(10)

### DISCUSSÃO

O uso de intervenções educativas sobre primeiros socorros mostra-se relevante, uma vez que as estratégias utilizadas foram efetivas na aquisição de conhecimento entre o público leigo. Esses resultados vão ao encontro da necessidade da população, uma vez que pesquisa realizada com 498 estudantes universitários, identificou que 97,2% dos entrevistados consideraram que medidas de educação em saúde sobre primeiros socorros são significativas e devem ser obrigatórias a partir do período escolar.<sup>(26)</sup>

Seis artigos (60%) avaliaram a aquisição de conhecimento por meio da aplicação de questionários com pré e pós teste. Esse tipo de análise permite que o pesquisador observe dois pontos temporais, antes e depois da intervenção, possibilitando uma análise estatística de comparação.<sup>(27)</sup> Com isso, este achado indica que a maioria dos estudos comprovaram o efeito da intervenção educativa por meio de um instrumento que avaliou o conhecimento prévio dos participantes sobre o tema e o conhecimento adquirido ao final do processo educativo.

Ao analisar a abordagem metodológica utilizada, houve o predomínio de estudos quase-experimentais, seguido de

estudo experimental, metodológico, exploratório, prospectivo, analítico e relato de experiência. Ou seja, não houve publicações de artigos com nível de evidência I e II,<sup>(28)</sup> indicando fragilidade na prática baseada em evidência dos estudos publicados, sendo necessária a realização de novos estudos com abordagem metodológica mais rigorosa, a fim de comprovar os resultados das intervenções realizadas.

Pode-se verificar que somente dois estudos (20%) abordaram o uso intervenção educativa com intermédio de tecnologias educativas. Um estudo (10%) utilizou caixa lúdica e outro (10%) utilizou cartilha. Assim, destaca-se a necessidade de desenvolver mais estudos com tecnologias educativas, pois essa abordagem é de suma importância na área da saúde, uma vez que possibilita a construção de conhecimento de forma libertadora e desenvolve a emancipação e a autonomia dos participantes.<sup>(29)</sup>

É relevante destacar que nove estudos foram realizados em escolas, tendo como público-alvo funcionários, professores ou alunos. Esses dados justificam-se, pois os alunos passam em média um terço de seu tempo nas instituições de ensino e o ambiente apresenta fatores de risco para o acontecimento de situações de emergência, dos quais destaca-se a estrutura física inadequada associada as várias atividades realizada por crianças em fase de desenvolvimento na busca por novas situações e habilidades.<sup>(24)</sup> Neste contexto, destaca-se que a escola é um ambiente favorável para o desenvolvimento de intervenções educativas, tendo como principal suporte o Programa Saúde na Escola (PSE).

Estudo realizado com nove professores por meio de um grupo focal, evidenciou que profissionais de saúde devem continuar implantando medidas de educação em saúde para fornecer conhecimento necessário para professores e funcionários escolares agirem de forma correta diante de emergências, uma vez que estes agem de acordo com informações empíricas, adquiridas de crenças populares e vivências familiares.<sup>(30)</sup>

Em relação aos temas abordados nas intervenções educativas, foi identificada a presença de 22 conteúdos diferentes. Sendo possível inferir que a população leiga necessita ser treinada para várias situações de emergência no âmbito pré-hospitalar. Contudo, vale ressaltar que a escolha dos temas deve ser feita de acordo com as características epidemiológicas da região e de acordo com as necessidades dos participantes da intervenção.

Em sete estudos houve o predomínio do tema fratura. Este conteúdo destaca-se no cenário da urgência e emergência, visto que é uma consequência de traumas domiciliares e acidentes automobilísticos. Assim, o atendimento

correto e precoce a esses pacientes é de fundamental importância, pois se um osso estiver fraturado é necessário realizar a imobilização correta, a fim de reduzir o potencial de novas lesões e reduzir a dor que o paciente estiver sentindo. Além disso, o movimento de extremidades pontiagudas do osso fraturado pode ocasionar a lesão de vasos sanguíneos, corroborando para o desenvolvimento de hemorragia.<sup>(31)</sup> O perfil epidemiológico de fraturas nos hospitais brasileiros é formado por idosos, de ambos os sexos, com fratura de fêmur e tendo como causa principal a queda da própria altura.<sup>(32)</sup>

Por sua vez, o tema parada cardiorrespiratória, queimadura, hemorragia e convulsão foram abordados em cinco artigos analisados. No que diz respeito a parada cardiorrespiratória, é de fundamental importância o atendimento iniciado por leigos, pois segundo estudo realizado com 23.510 pacientes na Austrália, foi identificado que os casos de PCR extra hospitalar acontecem na maioria das vezes em residências (76,4%) e em ambientes públicos (13,9%), tendo uma sobrevivência maior os pacientes que receberam assistência imediata comparada aos que não receberam.<sup>(33)</sup>

Ensinar técnicas de primeiros socorros sobre queimadura torna-se apropriado, de acordo com um estudo realizado com pais que frequentavam a emergência de um hospital universitário,

32% tinham um conhecimento sobre queimadura e 62% tinham pouco ou nenhum conhecimento e 6% realizariam condutas inadequadas.<sup>(34)</sup>

Por sua vez, estudos indicam que hemorragia não controlada é uma das causas mais comuns de mortalidade em casos de traumas.<sup>(35)</sup> Para reduzir as mortes evitáveis devido o sangramento em excesso, é necessário ensinar como a população leiga deve agir diante de tais situações.<sup>(36)</sup>

Ademais, destaca-se que o público leigo saiba as principais condutas em situações de emergência, segundo estudo realizado com em Gijón na Espanha identificou que 92,4% dos participantes não tinham conhecimento suficiente para atuar durante episódios de crises convulsivas.<sup>(37)</sup>

Apesar da relevância dos temas predominantes, ressalta-se a necessidade de realizar intervenções educativas de acordo com a realidade epidemiológica de cada local. Pois, apesar da relevância dos temas abordados, houve divergência na escolha dos mesmos, uma vez que a maioria dos estudos foram realizados em escolas (90%) e no Brasil (50%), esperava-se que as intervenções abordassem outros conteúdos, pois a principal causa de morte no país entre crianças de até 14 anos é por acidente no trânsito (32,5%), afogamento (26,1%), sufocação (21,2%), queimadura (5,9%), intoxicação (2,2%) e outras causas (6,1%).<sup>(38)</sup>

O estudo teve como limitação a amostra, uma vez que foram selecionados somente os estudos nos idiomas português, inglês e espanhol. Com isso, sugere-se que novos estudos sejam realizados com a seleção de artigos em outros idiomas.

Os resultados do presente estudo demonstram a efetividade das intervenções educativas na aquisição de conhecimentos sobre primeiros socorros, proporcionando que profissionais da área da saúde tracem técnicas de educação em saúde voltadas para o público leigo, com o intuito de reduzir os índices de morbidade e mortalidade no âmbito pré-hospitalar, ocasionados principalmente pela agudização de doenças crônicas não transmissíveis e causas externas.

## CONCLUSÃO

A análise das produções presentes na literatura possibilitou concluir que as intervenções educativas que abordam a temática primeiros socorros são efetivas entre leigos, sendo predominante educação em saúde voltadas para o ensino de temas sobre: fraturas, parada cardiorrespiratória, hemorragia, convulsão e queimadura. Houve o domínio de pesquisas em 2017, publicados principalmente no Brasil e em língua portuguesa, com público-alvo formado por funcionários, professores e estudantes de escolas. Observou-se como lacuna científica a ausência de estudos com nível de evidência I e II, sendo necessária a realização de pesquisas com maior rigor metodológico. Houve número reduzido de estudos publicados com leigos fora do âmbito escolar, assim, indica-se que as instituições de ensino superior em parceria com os serviços de saúde realizem

ações para promoção à saúde nos diversos setores da sociedade aliada ao tripé de ensino, pesquisa e extensão, a fim de preparar a população leiga para atuar diante de uma situação de urgência e emergência. Além disso, houve divergência na escolha dos temas ensinados com realidade epidemiológica local, sendo necessário que pesquisadores realizem atividades de promoção a saúde de acordo com a necessidade do público-alvo.

## Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pela concessão de bolsa no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

## Contribuições

MMSL: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. PMS: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; d) aprovação da versão final a ser publicada. DVA: b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. JAP: a) concepção e/ou desenho do estudo; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. LMB: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Souza MF, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1737-50.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. Escassez de tratamento para epilepsia em países de baixa renda. Genebra: OMS; 2020 [cited 2020 Mar 14]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5972:oms-destaca-escassez-de-tratamento-para-epilepsia-em-paises-de-baixa-renda&catid=845&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5972:oms-destaca-escassez-de-tratamento-para-epilepsia-em-paises-de-baixa-renda&catid=845&Itemid=839)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Acidentes e Violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
4. Saltarelli RM, Prado RR, Monteiro RA, Machado IE, Teixeira BS, Malta DC. Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(3):887-98.
5. Galindo Neto NM, Sá GG, Vasconcelos EM, Silva TM, Santos AM, Carvalho KM. Intervenções de educação em saúde sobre primeiros socorros para leigos no Brasil: revisão integrativa. *Ciênc Cuid. Saúde*. 2017;16(4): 1-9.
6. Perú. Ministerio de Salud. Cartilla Educativa de Primeros Auxilios, 2018. Lima (Perú): Ministerio de Salud; 2010. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4617.pdf>.
7. Balhara KS, Bustamante ND, Selvam A, Winders WT, Coker A, Trehan I, et al. Bystander Assistance for Trauma Victims in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Prevalence and Training Interventions. *Prehosp Emerg Care*. 2019;23(3):389-410.
8. Heard CL, Pearce JM, Rogers MB. Mapping the public first-aid training landscape: a scoping review. *Disasters*. 2019;44(1):205-28.
9. Brito J, Silva I, Godoy C, França A. Avaliação de treinamento sobre primeiros socorros para equipe técnica de escolas de ensino especializado. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e60340.
10. Falkenberg MB, Mendes TP, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 ;19(3):847-52.

11. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CL. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Rev Min Enferm.* 2014;18(1):9-12.
12. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005;52(5):546-53.
13. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(3):508-11.
14. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
16. Martín RA. Educación para la salud en primeros auxilios dirigida al personal docente del ámbito escolar. *Enfermería Universitaria.* 2015;12(2):88-92.
17. Bandyopadhyay L, Manjula M, Paul B, Dasgupta A. Effectiveness of first-aid training on school students in Singur Block of Hooghly District, West Bengal. *J Family Med Prim Care.* 2017;6(1):39-42.
18. Calandrim LF, Santos AB, Oliveira LR, Massaro LG, Vedovato CA, Boaventura AP. Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários. *Rev Rene.* 2017;18(3):292-9.
19. Fioruc BE, Molina AC, Vitti Junior W, Lima SA. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. *Rev Eletr Enf.* 2008;10(3):695-702.
20. Galindo Neto NM, Caetano JA, Barros ML, Silva TM, Vasconcelos EM. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(1):87-93.
21. Sudha J, Jacqueline RM, Michael SL, Nolan C, Justin M, Robert W, et al. First things first: effectiveness and scalability of a basic prehospital trauma care program for lay first-responders in Kampala, Uganda. *PLoS One.* 2009;4(9):1-7.
22. Lee J, Oh Won-Oak. Effects of a First Aid Coaching Program on First Aid Knowledge, Confidence, and Performance of Child Care Teachers. *Child Health Nurs Res.* 2018;24(3):310-8.
23. Mesquita TM, Albuquerque RS, Alves Bomfim AM, Hora Sales ML, Carneiro PS, Ferreira AM. Recurso educativo em primeiros socorros no processo ensino-aprendizagem em crianças de uma escola pública. *Rev Ciênc Plural.* 2017;3(1):35-40.
24. Larissa GS, Josias BC, Letícia GS, Jonas BT, José LD. Primeiros socorros e prevenção de acidentes no ambiente escolar: intervenção em unidade de ensino. *Enferm Foco.* 2017;8(3):25-9.
25. Wafik W, Tork H. Effectiveness of a first-aid intervention program applied by undergraduate nursing students to preparatory school children. *Nurs Health Sci.* 2014;16(1):112-8.
26. Patrycja MO, Dorota L, Mariusz G, Krzysztof G, Witold P, Robert C, et al. Edukacja w zakresie pierwszej pomocy – badania ankietowe first aid education – a questionnaire survey. *Wiad Lek.* 2018;71(4):874-8.
27. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
28. Melnyk BM. Making the case for evidence-based practice In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice, 2005.
29. Oliveira CM, Marques VF, Schreck RS. Aplicação de metodologia ativa no processo de ensino-aprendizagem: relato de experiência. *Revista Eletrônica Pesquiseduca.* 2017;9(19):674-84.
30. Galindo Neto NM, Carvalho GCN, Castro RCMB, Caetano JA, Santos ECB, Silva TM, et al. Teachers' experiences about first aid at school. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4):1678-84.
31. Naemet. National association of emergency medical technicians. Atendimento Pre-hospitalar ao Traumatizado-PHTLS. Elsevier Brasil; 2018.
32. Borges AE, Liberali R. Perfil epidemiológico de idosos com fraturas diversas, atendidos nos hospitais brasileiros: uma revisão de literatura. *Kairós.* 2018;21(4):353-69.
33. Doan TN, Schultz BV, Rashford S, Bosley E. Surviving out-of-hospital cardiac arrest: The important role of bystander interventions. *Australas Emerg Care.* 2020;23(1):47-54.
34. Davies M, Maguire S, Okolie C, Watkins W, Kemp AM. How much do parents know about first aid for burns?. *Burns.* 2013;39(6):1083-90.
35. Ntcs. Integrating Military and Civilian Trauma Systems to Achieve zero Preventable Deaths After Injury. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2016.
36. Fisher AD, Bulger EM, Gestring ML. Stop the Bleeding: Educating the Public. *JAMA.* 2018;320(6):589-90.
37. Urquijo AM, Tassa GM. Conocimientos del profesorado de Educación Primaria sobre las medidas de actuación en una crisis epiléptica. *Metas Enf.* 2018;21(9):18-22.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Criança segura Brasil. Conheça os dados sobre acidentes, 2018. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://criancasegura.org.br/dados-de-acidentes/>

# PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO EM SAÚDE DE CRIANÇAS

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN CHILDREN'S HEALTH CARE

PRÁCTICAS INTEGRATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD INFANTIL

Barbara Vitória dos Santos Torres<sup>1</sup>

Lindynês Amorim de Almeida<sup>1</sup>

Rillary Caroline de Melo Silva<sup>1</sup>

Jislene dos Santos Silva<sup>1</sup>

Ana Carolina Santana Vieira<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-0153-1554>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9749-7938>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1488-1887>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9917-9869>)

(<https://orcid.org/0000-0002-7273-1414>)

## Descritores

Terapias complementares; Crianças;  
Enfermagem

## Descriptors

Complementary therapies;  
Children; Nursing

## Descriptores

Terapias complementarias; Niños;  
Enfermería

## Recebido

8 de Maio de 2020

## Aceito

12 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Barbara Vitória dos Santos Torres

E-mail: [lucyleeadean@gmail.com](mailto:lucyleeadean@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar trabalhos científicos que abordem a utilização das Práticas Integrativas e Complementares em crianças, como forma do cuidado em saúde.

**Métodos:** Revisão integrativa conduzida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific Electronic Library Online e Base de Dados de Enfermagem em maio de 2020. A avaliação, do nível de evidência, foi obtida por meio do método Oxford Centre for Evidence-based Medicine.

**Resultados:** Onze estudos atenderam aos critérios estabelecidos. A literatura científica carece de dados que permitam caracterizar o uso das terapias complementares, no público infantil, com uma maior consistência. Mesmo assim, foi possível detectar a variedade dessas, bem como a prevalência.

**Conclusões:** As práticas Integrativas e Complementares fundamentam-se em um reducionismo biológico e constituem hoje um importante aliado no fortalecimento das políticas públicas de saúde. Em virtude disso, é bastante usada em crianças devido ao impacto benéfico em suas vidas.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify scientific works that address the use of Integrative and Complementary Practices in children, as a form of health care.

**Methods:** Integrative review conducted in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Scientific Electronic Library Online and Nursing Database in May 2020. The assessment, of the level of evidence, was obtained using the Oxford Center for Evidence-based Medicine method.

**Results:** Eleven studies met the established criteria. The scientific literature lacks data to characterize the use of complementary therapies, in children, with greater consistency. Even so, it was possible to detect the variety of these, as well as the prevalence.

**Conclusion:** Integrative and Complementary practices are based on biological reductionism and today constitute an important ally in strengthening public health policies. As a result, it is widely used in children due to the beneficial impact on their lives.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar trabajos científicos que aborden el uso de prácticas integradoras y complementarias en los niños, como una forma de atención médica.

**Métodos:** Revisión integradora realizada en las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Sistema de Análisis y Recuperación de Literatura Médica en línea, Biblioteca electrónica científica en línea y Base de datos de enfermería en mayo de 2020. La evaluación, del nivel de La evidencia se obtuvo utilizando el método del Centro de Oxford para la Medicina basada en la Evidencia.

**Resultados:** Once estudios cumplieron los criterios establecidos. La literatura científica carece de datos para caracterizar el uso de terapias complementarias, en niños, con mayor consistencia. Aun así, fue posible detectar la variedad de estos, así como la prevalencia.

**Conclusion:** Las prácticas integradoras y complementarias se basan en el reduccionismo biológico y hoy son un aliado importante para fortalecer las políticas de salud pública. Como resultado, se usa ampliamente en niños debido al impacto beneficioso en sus vidas.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

## Como citar:

Torres BV, Almeida LA, Silva RC, Silva JS, Vieira AC. Práticas integrativas e complementares no cuidado em saúde de crianças. *Enferm Foco*. 2021;12(1):154-62.

**DOI:** 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3753

## INTRODUÇÃO

As Terapias alternativas, também nomeadas como Complementares e/ou Integrativas, são denominadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS como Medicina Tradicional e compreendem um grupo de práticas de atenção à saúde não alopáticas que englobam atividades como a acupuntura, naturopatia, musicoterapia, fitoterapia, meditação, terapia floral, entre outras. Estas terapias procuram atender ao indivíduo de forma holística, baseado na confiança e no vínculo terapeuta/usuário.<sup>(1)</sup>

Nas últimas décadas, houve uma crescente valorização das terapias alternativas, ocasionado pelo aumento da demanda, legitimação social e regulamentação institucional, inclusive em países de alta renda. No Canadá, por exemplo, 57% das terapias com ervas, 31% dos tratamentos quiropráticos e 24% dos tratamentos de acupuntura são realizados por médicos. Já na Holanda, 50% dos médicos generalistas prescrevem plantas medicinais, fazem terapias manuais e/ou acupuntura e 45% deles consideram os medicamentos homeopáticos eficazes.<sup>(2)</sup>

No Brasil, essas terapias alternativas são conhecidas como PICs (Práticas Integrativas e Complementares).<sup>2</sup> O conhecimento dos diversos tipos de PICs e suas ações benéficas sobre a atenção primária básica à saúde vem se destacando, principalmente em países como o Brasil, onde a medicina alopática é estabelecida há anos no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS vem ampliando a oferta dessas práticas a cada ano, de forma integral e gratuita, possuindo atualmente 29 procedimentos das PICs, sendo a Atenção Primária Básica a principal beneficiada, por ser a porta de entrada para o SUS.<sup>(3)</sup>

As PICs têm consolidado seu espaço junto às práticas de saúde, visto que, estimulam os mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras.<sup>(4)</sup> A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), foi implementada pelo Ministério da Saúde em 2006 no SUS e visa conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de diversos municípios e estados.<sup>(4,5)</sup>

Apesar da implementação da PNPIC, não houve investimento financeiro adicional para as PICs pela União, sendo uma das poucas políticas nacionais da área da saúde aprovada sem orçamento próprio ou indutivo, para além do que havia antes do ano de 2006. Outrossim, as experiências obtidas na rede pública estadual e municipal, em decorrência da ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual, descontinuada e, muitas vezes, sem o devido registro. Além disso, há ausência do fornecimento

adequado de insumos, acompanhamento e avaliação dos procedimentos realizados.<sup>(2,5)</sup>

Ademais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que foi instituída por meio da Portaria nº 1.130, em 05 de agosto de 2015, é considerada um marco para a atenção integral à criança, que articula as ações em todos os níveis de atenção. Desse modo, cada estado e município, com base na rede de atenção e seus diversos equipamentos e serviços de saúde, deve incluir as diretrizes da PNAISC, como gestão interfederativa das ações de saúde da criança, promoção da saúde e fomento da autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, em seus planejamentos de saúde, projetos e programas, percebendo as ações voltadas para as crianças articuladas com as diversas áreas e ciclos de vida.<sup>(6)</sup>

Salienta-se que a Atenção Primária à Saúde, como nível de atenção à saúde, representa o primeiro contato com as crianças e famílias, oferecendo serviços e ações que visam a atenção integral à criança com ações voltadas à promoção e reabilitação da saúde, prevenção e cura de agravos, garantindo assim a longitudinalidade do cuidado.<sup>(7)</sup>

Em vista disso, a incorporação das PICs no SUS teve como intuito a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.<sup>(5)</sup> Assim, vale ressaltar que as PICs podem ser utilizadas em diferentes fases da vida, inclusive na infância, mas para isso se faz necessário entender o tipo de prática escolhida, as particularidades de cada indivíduo e as limitações da idade. Em ambiente pediátrico, é fundamental que o profissional de saúde exerça sua criatividade, a fim de estimular o caráter lúdico, favorecendo a relação de confiança entre o profissional de saúde e a criança.<sup>(8)</sup>

Tais práticas envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde dos indivíduos por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta ativa e acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Pontos em comum compartilhados pelas diversas abordagens nesse campo são a visão ampliada do homem como ser integral, do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.<sup>(9)</sup>

Ainda, a produção científica existente acerca das PICs é escassa, além de serem pouco abordadas durante as graduações dos profissionais de saúde, onde poucas instituições de ensino ofertam o conteúdo como parte integrante da matriz curricular, mas sim, como optativa.<sup>(10)</sup> Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar

trabalhos científicos que abordem a utilização das PICs em crianças, como forma de cuidado em saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de literatura, este tipo de estudo possibilita a análise de subsídios na literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados científicos produzidos por outros autores.<sup>(11)</sup> Dessa maneira, permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos.<sup>(12)</sup>

O processo da RI deve seguir etapas sequenciais pré-definidas,<sup>(13)</sup> dessa forma, para auxiliar na construção da pergunta foi utilizado a estratégia PICO,<sup>(14)</sup> um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfechos). Ademais, o presente estudo possui como pergunta norteadora “Como as Práticas Integrativas e Complementares podem atuar no cuidado em saúde de crianças?”. Assim, a recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises)<sup>(15)</sup> foi utilizada para auxiliar os autores na elaboração da RI.

Houve o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Como critérios de inclusão foram considerados: título, resumo, relevância, idioma em português e inglês, publicações dos anos de 2010 a 2020, disponibilidade gratuita e na íntegra. Como critério de exclusão: artigos que não eram pertinentes ao tema, de opinião, de animais, sobre fármacos, dissertações, teses, relatos de experiências e monografias.

As bases de dados utilizadas para encontrar os estudos pertinentes a RI foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados para a busca, estão inclusos na lista de Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), os quais são: Terapias complementares e crianças.

Para facilitar a organização da RI, as autoras elaboraram um banco de dados, de fácil leitura, com as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, conforme título, nível de evidência e achados primários. Para avaliar a qualidade da evidência foi implementado o método Oxford Centre for Evidence-based Medicine (Quadro 1),<sup>(16)</sup> que classifica a evidência em 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 e 5.

Os estudos a respeito das PICs foram analisados de maneira crítica conforme o rigor e consonância à metodologia empregada, resultados obtidos e capacidade de contribuir com o objetivo da pesquisa em questão. Tendo em vista isso, essa fase foi executada por quatro revisores independentes, que na não aquiescência, mais um revisou e analisou o ponto discordante.

Os resultados encontrados fundamentados na análise crítica foram discutidos através de comparações com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão, posteriormente foram elaboradas propostas de recomendações e sugestões para futuras pesquisas sobre a temática.

Foi elaborado um resumo das evidências disponíveis, o qual contemplou a descrição das etapas percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos estudos incluídos, o que, conseqüentemente, resultou na criação

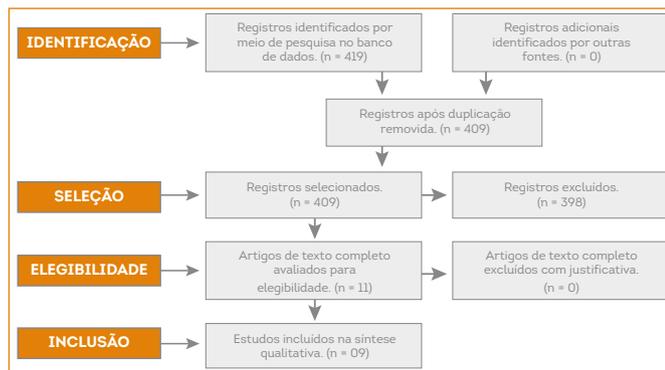
**Quadro 1.** Nível de Evidência Científica seguindo a Classificação de Oxford Centre for Evidence-based Medicine

Nível de evidência científica por tipo de estudo - Oxford Centre for evidence-based Medicine			
GR*	NE**	Prevenção/Tratamento - Etiologia	Diagnóstico
A	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados e randomizados.	Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos nível 1 critério de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	1B	Ensaio clínicos controlados e randomizados com intervalo de confiança estreitos.	Coorte validada com bom padrão de referência critério diagnóstico testado em um único centro.
	1C	Resultado terapêutico do tipo “tudo ou nada”.	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%.
B	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudo de coorte.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2.
	2B	Estudo de coorte (incluindo ensaio clínico randomizado de menor qualidade)	Coorte exploratória com bom padrão de referência critério diagnóstico derivado ou validada em amostras ou bancos de dados.
	2C	Observação de resultados terapêuticos (outcomes research), estudo ecológico.	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudo caso-controle.	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnóstico de nível > 3B.
	3B	Estudo caso-controle.	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente.
C	4	Relato de caso (incluindo estudo de coorte e ou caso-controle de menor qualidade).	Estudo de caso-controle ou padrão de referência pobre ou não independente.
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais).	

Fonte: Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(1):173-5.<sup>(16)</sup>  
\*Graus de Recomendação; \*\*Nível de Evidência

de um documento para descrever detalhadamente a revisão. Permitindo, assim, o agrupamento dos estudos encontrados, fundamentados em métodos avaliativos de rigor científico e critérios includentes e excludentes. Para facilitar a compreensão do leitor, recursos como tabelas, figuras e quadros foram utilizados. Além disso, os artigos incorporados ao estudo receberam uma identificação, para que dessa forma facilitasse a análise dos dados, diante disso, foi utilizada a letra A para identificação de cada artigo, associado a um número sequencial de ordem crescente a partir do "1".

É importante enfatizar que, para a realização da RI, não foi preciso encaminhar um protocolo de pesquisa para a avaliação por parte do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de acordo com as Normas e Diretrizes Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - Resolução CNS 510/2016.



**Figura 1.** Fluxograma PRISMA da seleção dos estudos incluídos na amostra

## RESULTADOS

O cruzamento dos descritores nos bancos de dados selecionados resultou em 419 registros, removidos os duplicados, restaram 409. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 11 artigos foram selecionados para a revisão (Figura 1).

Para os onze artigos incluídos nesta revisão, foi elencado o item "identificação" para promover a melhor discussão sobre cada artigo selecionado na pesquisa, assim, atribuiu-se: A1, A2, A3 e, assim, sucessivamente. As características dos estudos compõem o quadro 2, o qual apresenta título, ano de publicação, nível de evidência, e, por fim, os objetivos principais de cada documento escolhido.

Os trabalhos selecionados corresponderam aos últimos dez anos (2010-2020). Quanto ao nível de evidência, os artigos obtidos foram classificados em 3A (6 artigos), 2C (4 artigos) e um ao nível 3B, a explicação da aplicação do nível de evidência encontra-se no quadro 1, o qual está presente na metodologia deste artigo. Quanto aos achados principais evidenciados nos artigos selecionados, foi possível a constatação de quais PICs eram mais utilizadas em crianças nos estudos, dessa forma, houve um percentual de 54,5% (n=6) de artigos que falavam a respeito da acupuntura, homeopatia e fitoterapia. A massoterapia foi abordada em 45,4% (n=5) dos trabalhos, e a osteopatia em 36,3% (n=4), já a musicoterapia, o yoga, a aromaterapia e a quiropraxia foram explanadas em 27,2% (n=3) da pesquisa. Ademais, a meditação, a ayurveda, a bioenergética, a hipnoterapia, a naturopatia e as práticas espirituais foram citadas em 18,1% (n=2) dos artigos, e por fim, a distração

**Quadro 2.** Artigos incluídos na Revisão Integrativa

Id.*	Título	Ano	NE**	Objetivos principais
A1	Headache in children: update on complementary treatments. <sup>(17)</sup>	2013	3B	Fornecer uma visão geral das evidências atuais das principais terapias alternativas usadas no tratamento de síndromes primárias de dor de cabeça na infância.
A2	Use of alternative-complementary-medicine (CAM) in Calabrian children. <sup>(18)</sup>	2012	3A	Realização de um inquérito epidemiológico na Calábria, sobre o uso da medicina complementar e alternativa (CAM) em pediatria no sul da Itália.
A3	Complementary and Alternative Medicine Use by Children With Pain in the United States. <sup>(19)</sup>	2017	2C	Fornecer estimativas do uso da CAM por crianças de 4 a 17 anos de idade, com e sem condições dolorosas nos Estados Unidos.
A4	Comparação de duas técnicas alternativas de abordagem comportamental: musicoterapia e distração audiovisual não controlada pela ansiedade em crianças de 5 a 10 anos. <sup>(20)</sup>	2017	2C	Comparar duas técnicas não farmacológicas e gerenciar a ansiedade antes, durante e após o tratamento odontológico em crianças de 5 a 10 anos atendidas no centro de saúde da Universidade Peruana de Ciências Aplicadas (UPC).
A5	Efeitos dos exercícios respiratórios de ioga na função pulmonar em pacientes com distrofia muscular de Duchenne: uma análise exploratória. <sup>(21)</sup>	2014	2C	Analisar a eficácia e segurança de exercícios respiratórios de ioga em crianças com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD), bem como os efeitos desses exercícios em sua função respiratória.
A6	Forces of Commonly Used Chiropractic Techniques for Children: A Review of the Literature. <sup>(22)</sup>	2016	3A	Revisar a literatura disponível que descreve as forças das técnicas de quiropraxia mais usadas em crianças.
A7	Gerenciamento da dor de crianças e adolescentes no período pós-transplante de células-tronco hematopoéticas: revisão integrativa. <sup>(23)</sup>	2019	3A	Este estudo investe na identificação de estratégias de gerenciamento da dor objetivando contribuir para o conhecimento de profissionais que atuam em serviços de Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH).
A8	The use of complementary and alternative medicine (CAM) in children: a telephone-based survey in Korea. <sup>(24)</sup>	2012	3A	Estimar a prevalência e os padrões de uso de CAM em crianças coreanas por meio de uma pesquisa por telefone.
A9	O uso da medicina alternativa ou complementar em crianças com dermatite atópica. <sup>(25)</sup>	2011	2C	Avaliar a prevalência do uso da Medicina Alternativa ou Complementar (MAC) em crianças portadoras de Dermatite Atópica (DA).
A10	Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. <sup>(26)</sup>	2010	3A	Avaliar a utilização de terapias complementares (TC) por mães em seus filhos.
A11	Factors associated with pediatric use of complementary and alternative medicine. <sup>(27)</sup>	2010	3A	Descrever fatores associados ao uso pediátrico de MAC, incluindo fatores sociodemográficos, condições médicas, uso de medicamentos prescritos, ausência na escola por causa de doença e acesso a cuidados de saúde.

\*Identificação; \*\*Nível de Evidência

audiovisual, fototerapia, cromoterapia e reiki/florais, foram relatadas em 9,09% (n=1) dos trabalhos. Ainda, vale mencionar que, com relação a categoria profissional dos autores, foi possível obter dados complementares. Tendo assim, 8 artigos com autoria de profissionais exclusivamente da área da medicina - pediatria, anestesiologia, dermatologia e medicina da família - enquanto 2 correspondiam às áreas da enfermagem e odontologia, e 1 era multiprofissional (instrutores de yoga, fisioterapia e medicina).

## DISCUSSÃO

À priori, faz-se saber que a homeopatia é uma das terapias alternativas mais utilizadas e difundidas, consiste em um método de similaridade, segundo o qual uma substância que causa os sintomas de uma doença em pessoas saudáveis pode curar essa doença em pessoas doentes. O princípio ativo da homeopatia, entretanto, ainda não é conhecido farmacologicamente.<sup>(17)</sup>

Por essa razão, algumas modalidades terapêuticas, como homeopatia e reiki, são baseadas em crenças que estão fora do escopo da ciência. Portanto, é digno de nota que a falta de aceitabilidade científica nem sempre é necessariamente equivalente a uma falta de eficácia.<sup>(28)</sup> É válido ressaltar, nesse sentido, que a homeopatia é uma das PICs mais utilizadas em crianças na cidade de Calábria, na Itália.<sup>(18)</sup>

No estudo transversal descritivo A10,<sup>(26)</sup> foi evidenciado o uso de reiki como terapia complementar para uso pediátrico, sendo relatado melhora no quadro clínico das crianças após o uso da terapia.

O reiki é uma prática espiritual caracterizada pela imposição das mãos no ser humano com objetivo de restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual, baseando-se na ideia de que a energia flui através de corpos e pode ser usada para estimular o processo de cura. Outrossim, pode tratar muitas enfermidades agudas e crônicas, sem restrição de faixa etária e sem contra-indicações, como: sinusite, rinite, cistite, asma, insônia, depressão, promovendo bem estar e melhora do humor.<sup>(29)</sup>

Cabe destacar, ainda, a meditação, a qual está inserida nas práticas baseadas na mente e no corpo. Em um dos textos explorados, as crianças com problemas de dor eram tratadas pelas terapias baseadas na biologia e no corpo, com menor uso das terapias mente-corpo ou sistemas médicos alternativos. Nesse sentido, é compreensível a predileção por um determinado medicamento, do que por métodos comportamentais.<sup>(25)</sup>

A meditação equivale a um conjunto de técnicas que treinam a focalização da atenção e da mente de tal modo

que seja capaz de produzir maior integração entre mente, corpo, o mundo externo e capaz de produzir efeitos psicossomáticos, uma vez que a aplicação desta técnica pode repercutir na saúde e no bem-estar de seus praticantes.<sup>(30)</sup>

Nesse ínterim, outra terapia integrativa baseada na mente e no corpo utilizada na prática clínica pediátrica é a hipnoterapia e as condições médicas mais associadas ao seu uso são ansiedade, estresse, insônia, náusea/vômito.<sup>(27)</sup> A hipnose é um estado de consciência expansiva no qual os poderosos recursos internos e o conhecimento que adquirimos durante toda a vida, e que usamos de forma inconsciente, tornam-se de repente disponíveis.<sup>(31)</sup>

Dessa forma, um conjunto de técnicas psicológicas podem ser potencializadas e usadas com os diversos estados de transe hipnótico. Em hipnoterapia esses recursos podem ser "reprogramados" e direcionados para o equilíbrio e subsequente recuperação das mais diversas síndromes e patologias dos doentes, principalmente para o controle da dor e estresse.<sup>(31)</sup>

O uso de terapias de base biológica, em generalidade, foi associado às dificuldades de acesso à saúde<sup>(17)</sup> ou por indicação de parentes e amigos.<sup>(25)</sup> Por sua vez, a fitoterapia é mencionada como uma das práticas integrativas mais utilizadas em crianças nos artigos A2,<sup>(18)</sup> A3,<sup>(19)</sup> A9,<sup>(25)</sup> A10<sup>(26)</sup> e A11.<sup>(27)</sup> Os principais motivos para uso pediátrico são no tratamento de distúrbios gastrointestinais, do trato respiratório superior e dermatológicos<sup>(18)</sup> e geralmente na forma de banhos e chás.<sup>(25-27)</sup>

Nessa conjuntura, as ervas mais utilizadas na forma de chás para crianças são: erva-doce, camomila e hortelã, tendo em grande parte sucesso terapêutico,<sup>(18)</sup> entretanto no tratamento de dermatite atópica esses recursos foram ineficazes e houve piora do prurido.<sup>(25)</sup>

Logo, a população deve evitar o uso indiscriminado de plantas medicinais, levando em consideração a toxicidade de certas substâncias ali presentes, podendo ocasionar efeitos adversos quando ingerido/aplicado de forma inadequada. Para isso, se faz necessário um conhecimento por parte dos profissionais de saúde que atuam diretamente na atenção primária, em relação às propriedades terapêuticas das plantas que são usadas pela população atendida. Conhecimentos técnicos, que vão desde o preparo para fins terapêuticos, indicações, cuidados e dosagem, e conhecimentos sobre a percepção quanto à relação saúde-doença são imprescindíveis.<sup>(32)</sup>

A quiropraxia é uma prática terapêutica voltada para as disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral.<sup>(33)</sup> Os quiropráticos fazem um levantamento

histórico de cada paciente, com o intuito de identificar a técnica adequada para a idade, sexo, desenvolvimento neurológico do paciente e controle muscular. Isso acontece, principalmente, porque os procedimentos que tratam bebês e crianças pequenas são tipicamente modificados em força e velocidade para se adequar a cada um.<sup>(22)</sup>

Em consonância com o artigo A6,<sup>(22)</sup> os métodos da quiropraxia aplicados pelos profissionais manuais, irão adaptar-se de acordo com o tamanho do paciente, desenvolvimento estrutural, flexibilidade e preferência. Dessa forma, é garantido a eficiência, já que o tratamento quiroprático de crianças é comum, e estima-se que entre 5% e 20,5% dos pacientes quiropráticos tenham idade pediátrica.<sup>(34)</sup>

Embutiu ainda nessa pesquisa a osteopatia, que é uma terapia manipulativa e baseada no corpo, a qual constitui-se de uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais para auxiliar no tratamento do sistema músculo esquelético (ossos, músculos e articulações) e da articulação temporo-mandibular (ATM).<sup>(33)</sup>

O artigo A6<sup>(22)</sup> aborda que a osteopatia usa uma técnica quase idêntica a quiropraxia chamada de terapia craniossacral, na qual a dura-máter e a fásia são trabalhadas com alongamentos e terapia craniana em crianças. Por outro lado, no que tange a dor de cabeça, o artigo A1<sup>(17)</sup> afirma que ainda faltam estudos sobre o tratamento osteopático em pacientes pediátricos.

Verificou-se que a abordagem osteopática tem a capacidade de produzir modificações clínicas positivas na intensidade da dor, além de contribuir para a melhoria das assimetrias cranianas em lactentes, em que o exame osteopático neonatal pode identificar indivíduos predispostos a desenvolver plagiocefalia. Tal evidência parece indicar ênfase nessa prática holística, pois é fundamentada em profundos conhecimentos de anatomia e fisiologia do corpo humano.<sup>(35)</sup>

A acupuntura, uma das PICs ofertadas pelo SUS, visa prevenir e tratar as doenças através do equilíbrio das energias circulantes no corpo, ela se baseia na existência de acupontos, os quais, devidamente estimulados, normalmente, por agulhas, são capazes de promover uma série de benefícios à saúde do indivíduo.<sup>(36)</sup>

Conforme os trabalhos A3<sup>(19)</sup> e A10,<sup>(26)</sup> as crianças podem se beneficiar da incorporação de terapias complementares no tratamento dos sintomas da dor, como a acupuntura. No artigo A1,<sup>(17)</sup> é proposto que a acupuntura só deve ser praticada em pacientes com idade suficiente para cooperar. Nos trabalhos A2<sup>(18)</sup> e A8,<sup>(24)</sup> não houve uma grande satisfação dos usuários pela técnica.

A utilização da acupuntura em crianças é complexa, o que pode justificar a escassez de trabalhos relacionados

ao tema, além disso, existe o pressuposto que crianças temem agulhas, e desse modo, não iriam colaborar com o tratamento, uma forma de contornar o problema consiste no recurso aos métodos não invasivos de estimulação dos pontos de acupuntura, como seja a aplicação de pressão, calor ou laser.<sup>(37)</sup>

Ademais, outra PIC identificada foi a musicoterapia, no artigo A4,<sup>(20)</sup> a musicoterapia é utilizada em pacientes pediátricos com o objetivo de diminuir a ansiedade, já no A7<sup>(23)</sup> é apontado que esta terapia contribui de maneira eficaz para a redução da dor em crianças, outrossim, métodos relacionados com a mente-corpo são mais satisfatórios para os cuidadores durante a implementação para as crianças, como exposto no artigo A8.<sup>(24)</sup>

Diante disso, a música contribui para fortalecer os vínculos, sendo um recurso facilitador na comunicação entre o paciente e sua família, bem como com a equipe de saúde, propiciando o cuidado integral, individualizado e humanizado. A música é um recurso sem grandes custos financeiros para as instituições de saúde e há um retorno substancial na qualidade dos cuidados oferecidos. Além de sua utilização melhorar o bem-estar físico e mental da criança diante de uma doença grave e seu tratamento.<sup>(38)</sup>

Outra terapia complementar para alívio de sintomas é aromaterapia, a qual é definida no artigo A7<sup>(23)</sup> como o uso terapêutico de óleos essenciais extraídos das plantas com uso de vapor ou pressão, no mesmo artigo, a aromaterapia foi aplicada para avaliar seus efeitos sobre a ansiedade, náusea e a dor como um objetivo secundário. A terapia é uma abordagem não farmacológica útil para alívio de determinados sintomas, sendo, as crianças em idade escolar as que possuem uma maior aceitação da terapia, ao comparar com crianças de outras faixa-etárias.<sup>(39)</sup>

A naturopatia foi citada em dois dos artigos, no A3<sup>(19)</sup> e no A11.<sup>(27)</sup> O termo naturopatia descreve uma ampla gama de terapias que são consideradas "medicamentos naturais" no cuidado e na atenção à saúde. Os médicos naturopatas acreditam que o corpo tem um poder forte, vital e inato para curar a si próprio, sendo bastante utilizado no ramo da pediatria.<sup>(40)</sup>

Considerando que, na tentativa de encontrar estratégias complementares à terapia farmacológica, a prática de yoga tem ganho uma posição de destaque, tanto no domínio físico como psicológico.<sup>41</sup> Nesse entendimento, os estudos A5,<sup>(21)</sup> A8<sup>(24)</sup> e A11<sup>(27)</sup> demonstram, essa prática milenar, como forma de tratamento complementar em crianças com a apresentação de resultados positivos, principalmente, relacionado aos benefícios dos exercícios respiratórios enfatizados no artigo A5.<sup>(21)</sup>

Pois as técnicas de respiração yoguica exercem influência sobre mecanismos respiratórios involuntários e modulam a interação entre sistema nervoso simpático e parasimpático (eixo HPA), mudando profundamente os padrões de respiração e, conseqüentemente, o curso das emoções.<sup>(42)</sup>

A utilização das terapias complementares, em geral, promove o relaxamento, integração entre o paciente, família e a equipe multiprofissional, melhora da resposta motora e comportamental,<sup>(43)</sup> mas é necessário se atentar aos cuidados necessários ao utilizar tais terapias em crianças, já que o mal uso também pode acarretar em malefícios, por exemplo, o uso de fitoterápicos em crianças menores de dois anos, podem causar episódios frequentes de diarreia, recorrências de hospitalização por doenças respiratórias, risco de desnutrição, entre outros.<sup>(44)</sup>

Diante do pressuposto, a enfermagem desempenha um grande papel relacionado a aplicabilidade das terapias complementares no cuidado à criança, sendo fundamental a visualização das PICs pelo enfermeiro como um modelo de cuidado a ser ensinado e praticado, não desvalorizando as intervenções biomédicas e farmacológicas. No entanto, se faz necessário preparo para a identificação das necessidades das crianças, bem como, dos benefícios de cada tipo de terapia complementar no cotidiano do trabalho de enfermagem, promovendo assim, autonomia dos pacientes e dos profissionais envolvidos.<sup>(45)</sup>

Considera-se como limitações desta revisão que apesar da quantidade satisfatória de artigos que tratavam a questão de pesquisa, a maioria estava incompleto e indisponível na íntegra. Além do mais, os artigos que foram selecionados apresentaram nível de evidência intermediário, não identificados metanálises ou estudos clínicos randomizados. Com isso, é necessário salientar a importância da construção de novos estudos científicos voltados para o cenário das PICs.

Diante da análise dos estudos foi perceptível os variados benefícios provenientes do uso de PICs em crianças, como

auxílio no tratamento de agravos gastrointestinais, respiratórios, dermatológicos e psicológicos - estresse, ansiedade e depressão, por exemplo. Isto posto, é fundamental a atualização de conhecimento teórico adequado sobre efeitos adversos e contra-indicações do uso das PICs para evitar possíveis danos à saúde das crianças.

## CONCLUSÃO

Diante do que foi abordado, foi perceptível os benefícios provenientes da atuação das terapias complementares e integrativas na saúde da criança, desde a fitoterapia, a qual é mais amplamente difundida pela população, até outras abordagens como a acupuntura, yoga, meditação, quiropraxia, reiki, florais, musicoterapia, aromaterapia, ayurveda, a bioenergética, a hipnoterapia, a naturopatia e entre outras. Portanto, observa-se que tais práticas apresentam um foco em comum: proporcionar um cuidado em saúde integral e humanizado, o qual distingue-se do biomédico, visto que considera o indivíduo em suas particularidades e emoções. Ademais, as PICS podem ser utilizadas em agravos físicos (gastrointestinal, respiratório, dermatológico e etc.), como também psíquicos (estresse, falta de atenção, hiperatividade, ansiedade e depressão) em crianças. Por conseguinte, faz-se necessário, dessa maneira, que seja garantido o ensino das PICS nas instituições de ensino superior, principalmente para as graduações da área da saúde, visto que o acompanhamento adequado por profissionais de saúde, previamente capacitados e atualizados sobre a abordagem da temática à população e a esse público específico será essencial para promover a integralidade da assistência.

## Contribuições

a) Concepção e/ou desenho do estudo: BVST, LAA, RCMS, JSS. b) coleta, análise e interpretação dos dados: BVST, LAA, RCMS, JSS. c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito: BVST, LAA, RCMS, JSS, ACSV. d) aprovação da versão final a ser publicada: ACSV

## REFERÊNCIAS

1. Araújo NA, Solidade DS, Leite TS. A musicoterapia no tratamento de crianças com autismo: revisão integrativa. *Reon Facema*. 2018;4(2):1102-6.
2. Tesser CD, Sousa IM, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018;42(spe1):174-88.
3. Santana SCJ. Práticas integrativas e complementares: uma aplicação prática na comunidade escolar do subúrbio de Salvador. *Estudos IAT*. 2020;5(3):297-306.
4. Fortes JA, Santos LS, Moraes SD. Percepção de mães sobre o uso de práticas integrativas e complementares em seus filhos. *Enferm Foco*. 2014;5(1/2):37-40.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Brasil). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 2020 Dez 20]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>

6. Macedo VC. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde. Ed Universitária da UFPE [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/93671748.pdf>
7. Hanzen IP, Zanotelli SS, Zanatta EA. Diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem para a consulta de Enfermagem à criança. *Enferm Foco*. 2019;10(7):16-21.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Brasil). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2020 Abr 29]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)
9. Silva HM, Felipe MG, Santos RH. Práticas integrativas/complementares em saúde e a escola. In: Mota MTS, Lopes FA, editores. Temas e práticas sobre saúde, sexualidade e interação social. Natal: EDUFRRN; 2016. p.67-79.
10. Dorneles FC, Schlotfeldt NF, França PM, Moreschi C. Enfermagem e as Práticas Integrativas e Complementares em saúde: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2020;9(9):e445997446.
11. Ramalho Neto JM, Marques DK, Fernandes MG, Nóbrega MM. Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):162-8.
12. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1 Pt 1):102-6.
14. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11.
15. Galvão TF, Pansani TS, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):335-42.
16. Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(1):173-5.
17. Schetzek S, Heinen F, Kruse S, Borggraefe I, Bonfert M, Gaul C, et al. Headache in Children: Update on Complementary Treatments. *Neuropediatrics*. 2013;44(1):25-33.
18. Dolceamore TR, Altomare F, Zurlo F, Miniero R. Use of alternative-complementary-medicine (CAM) in Calabrian children. *Ital J Pediatr*. 2012;38(70):1-6.
19. Groenewald CB, Beals-Erickson SE, Ralston-Wilson J, Rabbitts JA, Palermo TM. Complementary and Alternative Medicine Use by Children With Pain in the United States. *Acad Pediatr*. 2017;17(7):785-93.
20. Alarco-Cadillo L, Apayco LC, Bossio MR, Torres MC. Comparação de duas técnicas alternativas de abordagem comportamental: musicoterapia e distração audiovisual no controle da ansiedade em crianças de 5 a 10 anos. *Rev Odontopediatr Latinoam*. 2017;7(1):16-24.
21. Rodrigues MR, Carvalho CR, Santaella DF, Lorenzi-Filho G, Marie SK. Efeitos de exercícios respiratórios de ioga na função pulmonar de pacientes com distrofia muscular de Duchenne: uma análise exploratória. *J Bras Pneumol*. 2014;40(2):128-33.
22. Todd AJ, Carroll MT, Mitchell EK. Forces of Commonly Used Chiropractic Techniques for Children: A Review of the Literature. *J Manipulative Physiol Ther*. 2016;39(6):401-10.
23. Sousa GC, Mercês NN, Silva LA, Macedo A. Gerenciamento da dor de crianças e adolescentes no período pós-transplante de células-tronco hematopoéticas: revisão integrativa. *Enferm Glob*. 2019;18(53):535-50.
24. Kim JH, Nam CM, Kim MY, Lee DC. The use of complementary and alternative medicine (CAM) in children: a telephone-based survey in Korea. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12(46):1-9.
25. Aguiar Júnior NR, Costa IM. O uso da medicina alternativa ou complementar em crianças com dermatite atópica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):167-8.
26. Gentil LB, Robles AC, Grosseman S. Uso de terapias complementares por mães em seus filhos: estudo em um hospital universitário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(supl1):1293-9.
27. Birdee GS, Phillips RS, Davis RB, Gardiner P. Factors Associated With Pediatric Use of Complementary and Alternative Medicine. *Pediatrics*. 2010;125(2):249-56.
28. Meyer S, Gortner L, Larsen A, Kutschke G, Gottschling S, Gräber S, et al. Complementary and alternative medicine in paediatrics: a systematic overview/synthesis of Cochrane Collaboration reviews. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13794.
29. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. *Enferm Glob*. 2015;14(38):346-356.
30. Medeiros AM. Práticas integrativas e complementares no SUS: os benefícios do Yoga e da Meditação para a saúde do corpo e da alma. *Correlatio*. 2017;16(2):283-301.
31. Campos JF, Oliveira AO. Hipnose ericksoniana, aplicações na clínica psicológica. In: Anais 9th Simpósio de Produção Acadêmica [Internet]; 2017. Viçosa: Revista Científica Univicososa; 2017 Jan-Dec. [cited 2020 May 01]; 9 (1): 382-386. Available from:<https://academico.univicososa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/895/1006>
32. Bruning MC, Mosegui GB, Vianna CM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2675-85.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z (Brasil). Práticas Integrativas e Complementares (PICS): quais são e para que servem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [citado 2020 Ago 1]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>
34. Marchand AM. A Proposed Model With Possible Implications for Safety and Technique Adaptations for Chiropractic Spinal Manipulative Therapy for Infants and Children. *J Manipulative Physiol Ther*. 2015;38(9):713-26.
35. Ferreira AP, Ferreira GA. Contribuições da osteopatia: período peri e neonatal. *Braz J Hea Rev*. 2018;1(2):275-81.
36. Vectore C. Psicologia e acupuntura: primeiras aproximações. *Psicol Ciênc Prof*. 2005;25(2):266-85.
37. Pinto-Coelho A, Trindade H. Acupuntura no Tratamento da Dor em Pediatria: Revisão da Literatura. *Rev Soc Portuguesa Anestesiol*. 2019;28(1):28-34.
38. Silva LA, Baran FD, Mercês NN. A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4):e1720015.

39. Jafarzadeh M, Arman S, Pour FF. Effect of aromatherapy with orange essential oil on salivary cortisol and pulse rate in children during dental treatment: A randomized controlled clinical trial. *Adv Biomed Res.* 2013;2:10.
40. Lee AC, Kemper KJ. Homeopathy and Naturopathy Practice Characteristics and Pediatric Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; 154 (1): 75-80.
41. Pintalhão I, Penetra J, Batista J. Prática de ioga como terapia complementar ou alternativa em crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e déficit de atenção: uma revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam.* 2019; 35 (2): 121-35.
42. Eler GJ, Jaques AE. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arq Ciênc Saúde Unipar Umuarama.* 2006;10(3):185-90.
43. Souza VM, Nogueira AM, Santos LF, Pereira ER, Ribeiro WA. O uso de terapias complementares no cuidado à criança autista. *Rev Saúde Fis Ment.* 2018;6(2):69-88.
44. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (Brasil). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. *Cadernos de Atenção Básica.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2020 May 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)
45. Mendes DS, Moraes FS, Lima GO, Silva PR, Cunha TA, Crossetti MG, et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *J Health NPEPS.* 2019;4(1):302-318.

## COMPORTAMENTO SOCIAL FRENTE A SEGURANÇA DO IDOSO ACERCA DO RISCO DE QUEDA À LUZ DA FENOMENOLOGIA

SOCIAL BEHAVIOR IN FRONT OF THE SAFETY OF ELDERLY ABOUT THE RISK OF FALL IN THE LIGHT OF PHENOMENOLOGY

COMPORTAMIENTO SOCIAL FRENTE A LA SEGURIDAD DE LOS ANCIANOS SOBRE EL RIESGO DE CAÍDA A LA LUZ DE LA FENOMENOLOGÍA

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira<sup>1</sup>

Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo<sup>1</sup>

Ana Maria Ribeiro dos Santos<sup>1</sup>

Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino<sup>1</sup>

Silvana Santiago da Rocha<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-4843-6079>)

(<https://orcid.org/0000-0001-7707-3361>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5825-5335>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9835-6034>)

(<https://orcid.org/0000-0002-1325-9631>)

### Descritores

Comportamento social; Idoso;  
Fator de risco; Queda

### Descriptors

Social behavior; Old man; Risk  
factor; Fall

### Descriptores

Comportamiento social; Ancianos  
Factor de riesgo; Caída

### Recebido

12 de Março de 2020

### Aceito

8 de Fevereiro de 2021

### Conflitos de interesse

nada a declarar.

### Autor correspondente

Rouslanny Kelly Cipriano de Oliveira  
E-mail: rousykelly@hotmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** Realizar uma reflexão sobre o comportamento social frente a segurança do idoso acerca do risco de quedas.

**Métodos:** Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, sustentado pela fenomenologia de Edmund Husserl correlacionada ao comportamento social frente a segurança do idoso acerca do risco de queda.

**Resultados:** Observou-se, que para um melhor entendimento desse contexto, é urgente uma maior sensibilidade da sociedade no tocante as práticas seguras e prevenção de quedas durante o processo de envelhecimento e sua influência na pessoa idosa. Além disso, planejar uma melhor infraestrutura capaz de propiciar maior segurança e facilidade de mobilidade é essencial para prevenir quedas e outros agravos.

**Conclusão:** Considera-se que as autoridades públicas e a sociedade precisam ser proativas neste processo, no sentido de garantir a segurança com a execução de medidas de acessibilidade que respeitem as individualidades da pessoa idosa, assim como a prática de vigilância constante. A sociedade deve assumir seu papel social na execução de práticas seguras adotadas e direcionadas a pessoa idosa na prevenção das quedas.

### ABSTRACT

**Objective:** Carry out a reflection on social behavior regarding the safety of the elderly about the risk of falls.

**Methods:** This is a theoretical-reflective study, supported by the phenomenology of Edmund Husserl, correlated to social behavior regarding the safety of the elderly about the risk of falling.

**Results:** It was observed that, for a better understanding of this context, there is an urgent need for a greater sensitivity of society regarding safe practices and prevention of falls during the aging process and its influence on the elderly. In addition, planning a better infrastructure capable of providing greater security and ease of mobility is essential to prevent falls and other injuries.

**Conclusion:** It is considered that public authorities and society need to be proactive in this process, in order to guarantee security with the implementation of accessibility measures that respect the individualities of the elderly person, as well as the practice of constant surveillance. Society must assume its social role in the implementation of safe practices adopted and aimed at the elderly in preventing falls.

### RESUMEN

**Objetivo:** llevar a cabo una reflexión sobre el comportamiento social con respecto a la seguridad de las personas mayores sobre el riesgo de caídas.

**Métodos:** Este es un estudio teórico-reflexivo, apoyado por la fenomenología de Edmund Husserl correlacionado con el comportamiento social con respecto a la seguridad de los ancianos sobre el riesgo de caerse.

**Resultados:** se observó que, para una mejor comprensión de este contexto, existe una necesidad urgente de una mayor sensibilidad de la sociedad con respecto a las prácticas seguras y la prevención de caídas durante el proceso de envejecimiento y su influencia en los ancianos. Además, planificar una mejor infraestructura capaz de proporcionar mayor seguridad y facilidad de movilidad es esencial para evitar caídas y otras lesiones.

**Conclusion:** se considera que las autoridades públicas y la sociedad deben ser proactivas en este proceso, a fin de garantizar la seguridad con la implementación de medidas de accesibilidad que respeten las individualidades de las personas mayores, así como la práctica de la vigilancia constante. La sociedad debe asumir su papel social en la implementación de prácticas seguras adoptadas y dirigidas a los ancianos para prevenir caídas.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

### Como citar:

Oliveira RK, Figueiredo IG, Santos AM, Avelino FV, Rocha SS. Comportamento social frente a segurança do idoso acerca do risco de queda à luz da fenomenologia. *Enferm Foco*. 2021;12(1):163-7.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3307

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico e tecnológico, aliado às melhores condições de saúde e bem-estar social, tem ocasionado a redução da taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida populacional, alterações na saúde e como consequência, o comprometimento da segurança do idoso e predisposição a quedas.<sup>(1)</sup>

Mundialmente, cerca de 373 milhões de quedas são consideradas graves o suficiente para exigir atenção médica.<sup>(2)</sup> No que concerne ao Brasil, salienta-se ainda que aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano.<sup>(3)</sup> Essa proporção sobe para 32% a 42% quando analisadas as pessoas com mais de 70 anos, o que constitui grave problema de saúde pública, levando a gastos vultosos despendidos no cenário global.<sup>(2,4)</sup>

A partir dessa problemática, foi instituído em 2013 no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que objetiva redução mínima aceitável ao risco de danos como também pode proporcionar sensibilização da sociedade em geral sobre a responsabilidade com a segurança do paciente, tornando-se preocupação mundial, já que práticas inseguras implicam alguns riscos. Dentre as estratégias para redução dos incidentes, a prevenção de quedas é uma das metas estabelecidas pelo PNSP.<sup>(5)</sup>

Salienta-se ainda que o comportamento social à luz da fenomenologia pode representar um importante aliado no sentido de proteção. As adaptações estruturais, ambientais e domiciliares são necessárias, tais como: conserto de calçadas quebradas ou irregulares, pisos antiderrapantes, iluminação apropriada, ausência de tapetes, disposição adequada dos móveis, banheiros apropriados que convergem para a redução do índice de queda dessa população, por isso é importante a sociedade ser diligente em cumprir com seu papel social na adoção de práticas seguras.<sup>(6)</sup>

Por conseguinte, tendo conhecimento de que as consequências das quedas com o idoso reproduzem negativamente sobre este, a família e a sociedade, bem como ciência que o poder público e aquela exercem função primordial na garantia de segurança nesta faixa etária, assim como a conduta social e elevados custos diante desta problemática, este estudo objetivou realizar uma reflexão sobre o comportamento social frente à segurança do idoso acerca do risco de quedas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, sustentado pela fenomenologia proposta por Edmund Husserl. Este método tem uma concepção social mais abrangente do processo saúde-doença, e difere, dessa forma, da corrente

positivista que foca apenas na doença. Quando aquele filósofo propõe o estudo da fenomenologia ele vê como uma nova forma de se fazer filosofia, pois entra em contato com as próprias coisas pela experiência vivida, portanto, entende o processo de forma integral.<sup>(7)</sup>

Procurou-se por meio dessa abordagem reflexiva a análise do comportamento social frente à segurança do idoso acerca do risco de queda sob a ótica de Edmund Husserl, em que se buscou compreender os fatores sociais envolvidos na problemática abordada.

A discussão baseou-se nos fundamentos da fenomenologia proposta por Edmund Husserl, a saber: descrição, redução e compreensão. Ressalta-se que, por não envolver seres humanos, não houve necessidade da apreciação do estudo pelo comitê de ética em pesquisa.

## Desenvolvimento

A partir deste estudo sobre segurança e risco de quedas em idosos, a reflexão organizou-se em dois eixos: Segurança do paciente idoso e comportamento social, Cuidado ao idoso e risco de quedas.

### Segurança do paciente idoso e comportamento social

O cuidado é inerente ao vínculo profissional-paciente. Muitas são as inquietações acerca do cuidado e da segurança, em especial, a esse extrato social. Nesse ínterim, cabe à sociedade, por meio do próprio comportamento cultural e social, a prestação de cuidado ao indivíduo que vivencia o envelhecimento, cobrando das organizações governamentais assistência aos que necessitam. Para iniciar a discussão, faz-se necessário observar o trabalho desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), visto que o intermédio dessas organizações no processo de segurança do idoso e outros cuidados em saúde são essenciais para uma atenção mais adequada, assertiva e segura, diferindo dos cuidados prestados outrora apenas por curandeiros, que embora fossem por vezes eficazes, não apresentavam uma sistemática para com a segurança dos que necessitavam.<sup>(8,9)</sup>

Na fenomenologia, quando se observa esse ponto segurança do paciente idoso, o foco principal traduz na caracterização conceitual e domínios definidores acerca desta questão. Com isso, quando se analisa a segurança do paciente desta faixa etária não somente institucionalizado ou hospitalizado, mas o cuidado, de modo geral, às suas necessidades biopsicossociais e físicas, percebe-se a compreensão dos comportamentos sociais: da sociedade propriamente dita, da família e do próprio idoso e dos fatores de risco nos quais esse indivíduo está envolvido. Um

comportamento social prejudicial aliado a fatores de risco não controlados pode ocasionar consequências negativas à saúde dos idosos, como a presença de quedas, que podem corroborar para internações, traumas osteomusculares e restrições de natureza pessoal e coletiva a esse sujeito.

Quando se faz uma retrospectiva histórica no campo da saúde percebe-se a ocorrência de preocupações quanto à segurança do paciente. Na Grécia, por exemplo, Hipócrates já postulava em seus ensinamentos “o antes de tudo não causar dano”. Entretanto, apesar deste ensinamento e preocupação remontar tempos distantes, o tema segurança do paciente só veio a ganhar destaque no final da década de 1990, devido à divulgação do relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, intitulado *To Err is Human*, com a revelação de que cerca de 44.000 a 98.000 americanos vão a óbito ano a ano nos Estados Unidos (EUA), por eventos adversos ocasionados pela ausência de preparo quanto à segurança do paciente. Isso impactou discussões e novos paradigmas em relação à melhoria da qualidade dos cuidados em saúde por todo o mundo.<sup>(10,11)</sup>

A exemplo disso, podemos citar a criação da aliança mundial de segurança do paciente e os seis protocolos internacionais, dentre eles o da prevenção de quedas está incluído. As quedas são a causa mais comum de acidentes que podem ter consequências graves, variando desde fraturas, perda de independência ou até mesmo mortalidade. Aproximadamente 25% das pessoas com mais de 65 anos de idade caem a cada ano, e cerca de 20% desses pequenos acidentes requerem atenção médica,<sup>(12)</sup> logo a meta seis do protocolo internacional de segurança do paciente contempla estratégias de prevenção à população idosa acerca do risco de quedas.

Para Edmund Husserl, os paradigmas são inseridos nas questões das interfaces denotativas das definições, ao perceber a inquietude maciça da sociedade na luta por melhorias, e mudanças de comportamento quanto ao compromisso social voltados aos idosos, percebido através de políticas públicas, programas, pesquisas e demais iniciativas implementadas nas últimas décadas à saúde dessa população. Isso representa na fenomenologia a essência do cuidar, inserida na segurança do paciente, profissional, pessoal e de gestão. Dessa forma, é possível sensibilizar a sociedade, os profissionais de saúde, a família e o próprio idoso a fim de estimular mudanças na cultura de segurança do paciente dessa faixa etária.<sup>(13-15)</sup>

Considera-se que há quase duas décadas o tema da segurança do paciente e população idosa vem sendo discutida nas políticas públicas, programas e metas brasileiras. Todavia, apesar da oferta de política nos serviços, é

imprescindível a manifestação pessoal e social nos aspectos comportamentais que possam convergir para a efetivação dos cuidados a serem prestados.<sup>(16)</sup>

Um ponto neste quesito a ser destacado são as ações do Ministério da Saúde. Este implantou em 2006 a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa, cuja proposta enfoca ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos, a valorização do cuidado seguro como direito do usuário, compromisso social e ética dos profissionais em toda a rede de atenção à saúde. Com isso, almeja-se aderência à posição e comportamento assumido por cada ator dentro do sistema de cuidados.

Portanto, ser partícipe significa desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco, informar sobre seus direitos, considerar e respeitar a velhice, realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos, prevenir acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos, motivar o abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção.<sup>(13)</sup>

### **Cuidado ao idoso e risco de quedas**

O envelhecimento implica em mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social. O cuidado relacionado aos idosos objetiva garantir a longevidade, a qualidade de vida por parte da sociedade, e precisa estar consolidado no respeito a sua autonomia.<sup>(6)</sup> A este ver, o movimento científico no século XX contrapõe à objetivação das coisas, doutrinas, que eram impostas anteriormente, no qual foi proposto por Edmund Husserl, que desejava tornar a filosofia uma ciência de rigor mediante os acontecimentos de sua época, ou seja, com base na experiência vivida. Sobre esse ponto de entendimento, o importante não é somente estar no mundo, mas se relacionar com ele.<sup>(9,10,16)</sup> Ancorada nesta visão, o relacionar-se com o mundo é imprescindível para estabelecer o cuidado a outrem.

Dessa forma, o olhar direcionado às questões subjetivas humanas, com o enfoque ao pensamento fenomenológico, abre caminho para um cuidado profissional sensibilizado e humanizado. Torna-se relevante à fenomenologia a análise do cuidar, no tocante ao comportamento da sociedade como essa enxerga o idoso e o processo do zelar entrelaçado a essa premissa. Existir é cuidar de ser; é cuidar de ser-si mesmo e cuidar de ser-com-outros; é a existência na coexistência, modo como o ser se preocupa com os outros. Ressalta-se ainda a importância da idealização destes conceitos na prática profissional, pois isso possibilita

que se detenham competências críticas e reflexivas sobre a temática.

Nesse sentido, o homem se relaciona com o mundo, sociedade, por meio do diálogo e acolhimento em suas opiniões, ideias e também sentimentos/emoções. Procura colocar nas perspectivas os modos de compreender e ver como ele vê, sente ou pensa. Sendo assim, a relação e a formulação de vínculos de idosos e as pessoas que os rodeiam é essencial, tendo em vista atenção à demanda para melhor qualidade de vida deste público.<sup>(7,14,17)</sup>

Salienta-se ainda que a participação da sociedade, aliada às medidas adotadas pelo poder público, profissionais de saúde, instituições, entidades do âmbito educacional e daquela área, a fim de proporcionar o processo de envelhecer pautado na segurança do paciente, são primordiais para a redução e prevenção de enfermidades e problemas osteomusculares e funcionais nos idosos.<sup>(7,15)</sup>

As doenças e agravos, de forma geral, são fatores inerentes aos seres vivos. Nesse sentido, o cuidar inclui entre outros a redução de fatores de risco preveníveis. Uma das grandes ameaças ao bem-estar dos idosos e ao aumento das despesas em saúde é a ocorrência das quedas, uma vez que suas consequências impactam negativamente na qualidade de vida desses sujeitos. As quedas são provocadas por disfunções osteomusculares e estimuladas pelo processo de envelhecimento ou por doenças que agravam essas disfunções. A adoção de medidas que previnam esses episódios é primordial a esse público, visto que são igualmente essenciais ao reconhecimento por parte do indivíduo e sua importância como participe do processo do cuidar.<sup>(16,17)</sup>

É necessário atentar-se para questões referentes aos fatores de proteção ao idoso contra a ameaça referida, para que assim, o envelhecimento tenha caráter social benéfico, livre dos riscos de quedas. Isso é possível por meio de novos conceitos tanto no ambiente urbano como domiciliar, capazes de pensar em uma sociedade que veja o idoso ativo ou com sua mobilidade melhorada.

Nesse desvelar, a enfermagem quando se confronta com o ser-doente, principalmente o idoso, olha de maneira a priorizar a pessoa de quem se cuida, sujeito da ação de cuidar. Neste cenário, existe como conjectura entender o ser humano-homem na sua vertente histórica, socioeconômica e psicológica, na perspectiva de enfoque integral do seu próprio existir, e não como alguém incapaz que não tem independência na visão da sociedade atual, isso contribui para vislumbrar a relevância de olhar para o ser humano-paciente de maneira global, na busca de cuidado humanizado.

Por meio desta pesquisa, foi notória a insipiência de estudos que discorram sobre a temática segurança do paciente idoso associado à fenomenologia, dificultando a busca no acervo de referências bibliográficas. Há de se considerar que a pesquisa foi realizada como meio de sensibilizar a sociedade de uma forma geral, com o intuito de mudança de comportamentos.

O presente estudo impacta de forma significativa, pois aborda a importância de prevenir as quedas em idosos sob a ótica da segurança do paciente, baseado na fenomenologia, ampliando olhares para a sua representação no tocante ao comportamento social, por meio da interação entre sociedade e profissional de saúde, bem como instigar discussões acerca da temática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nas reflexões fenomenológicas é importante ratificar que o cuidar de idosos na contemporaneidade é um desafio para a sociedade. Essencialmente, porque refletir sobre o modo como a sociedade vislumbra o idoso e a segurança do paciente visando à minimização do risco de queda não é tarefa fácil. No processo de envelhecimento deve-se entender que todos somos sujeitos envolvidos. Desse modo, é necessário ter o olhar atencioso para o idoso. Destaca-se ainda a relevância de discutir cada vez mais o comportamento da sociedade frente à segurança do paciente e risco de quedas em idosos, pois esses são os desafios contemporâneos. A adoção de novas metodologias para o ensino e a incorporação desses conceitos torna-se urgentes. Considera-se que as autoridades públicas e a sociedade precisam ser proativas neste processo, no sentido de garantir uma maior seguridade com a execução de medidas de acessibilidade e confiança que respeitem as individualidades da pessoa idosa, assim como a prática de vigilância constante. É notório que frequentemente o idoso se depara com situações desagradáveis no decorrer do seu cotidiano durante o deslocamento de casa para as áreas urbanas, atividades laborais, socialização que o têm colocado susceptível ao risco de quedas, ocasionado pela ausência de segurança. A sociedade está envelhecendo e infelizmente o que se nota é a desorganização do sistema como um todo para atender de forma digna essa demanda. Portanto, a maneira como a sociedade se porta resulta em impactos significativos neste contexto. Não cabe demandar responsabilidades apenas ao poder público pela falta de infraestrutura urbana, é necessária a cobrança dessas melhorias no setor público e que cada um se enxergue como responsável em garantir segurança a essas pessoas.

## Contribuições

Rousslanny Kelly Cipriano de Oliveira: Conceitualização; Gerenciamento do projeto; Metodologia; Redação: preparo do original. Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo- Conceitualização; Gerenciamento do projeto; Metodologia;

Redação: preparo do original. Ana Maria Ribeiro dos Santos- Conceitualização; Redação: revisão. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino- Conceitualização; Redação: revisão. Silvana Santiago da Rocha- Conceitualização; Redação: revisão.

## REFERÊNCIAS

1. Miranda GM, Mendes AC, Silva AL. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
2. Ministério da Saúde (BR). Relatório global da Organização Mundial de Saúde sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo, 2010 [cited 2019 jun 05]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual\\_oms\\_-\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf)
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões. 2017 [cited 2019 jun 09]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-denoticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>
4. Ministério da Saúde (BR). Relatório global da Organização Mundial de Saúde sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo, 2010 [cited 2019 jun 05]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual\\_oms\\_-\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf)
5. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. São Paulo, 2014 [cited 2019 jul 07]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
6. Sousa LM, Vieira Alves CM, Caldevilla MN, Henriques Alves CM, Severino SS, Caldeira Alves SM, et al. Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):550-3.
7. Feijoo AM, Mattar CM. A Fenomenologia como Método de Investigação nas Filosofias da Existência e na Psicologia. *Psic Teor e Pesq.* 2014;30(4):441-7.
8. Santos TD, Santo FH, Cunha KC, Chibante CL. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):1-10.
9. Joaquim FL, Silva RM, Pereira ER, Camacho AC. Produção do conhecimento sobre o cuidado fenomenológico na enfermagem. *Rev Cubana Enferm.* 2017;33(4).
10. Wegner W, Silva SC, Kantorski KJ, Predebon CM, Sanches MO, Pedro ENR, et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc Anna Nery.* 2016;20(3):1-8.
11. Chehuen Neto JA, Braga NA, Brum IV, Gomes GF, Tavares PL, Silva RT, et al. Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(4):1097-104.
12. Obrist S, Rogan S, Hilfiker R. Development and evaluation of an online fall-risk questionnaire for nonfrail community-dwelling elderly persons: a pilot study. *Rev Current Gerontol Geriatr Res.* 2016;1-16.
13. BRASIL. Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021.
14. Martinelli AV. As origens do pensamento de Edmund Husserl: do psicologismo à fenomenologia. *Peri.* 2018;10(1):36-57.
15. Goto TA, Holanda AF, Costa II. Fenomenologia transcendental e a psicologia fenomenológica de Edmund Husserl. *Rev Nufen.* 2018;10(3):38-54.
16. Alves RL, Silva CF, Pimentel LN, Costa IA, Souza ACS, Coelho LA. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):59-69.
17. Cavalcante ML, Borges CL, Moura AM, Carvalho RE. Indicators of health and safety among institutionalized older adults. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(4):600-6.

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: COMPREENSÃO À LUZ DE SEUS PILARES E ELEMENTOS CONSTITUINTES

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE: UNDERSTANDING IN THE LIGHT OF ITS PILLARS AND CONSTITUENT ELEMENTS

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: ENTENDIMIENTO A LA LUZ DE SUS PILARES Y ELEMENTOS CONSTITUYENTES

George Luiz Alves Santos<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-9614-2182>)

Rosimere Ferreira Santana<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4593-3715>)

Anderson Reis de Sousa<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-8534-1960>)

Gláucia Valente Valadares<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-9263-1736>)

## Descritores

Processo de enfermagem; Teoria de enfermagem; Terminologia padronizada em enfermagem; Recursos humanos; Protocolos

## Descriptors

Nursing process; Nursing theory; Standardized nursing terminology; Human resources; Protocols

## Descriptores

Proceso de enfermería; Teoría de enfermería; Terminología de enfermería estandarizada; Recursos humanos; Protocolos

## Recebido

8 de Junho de 2020

## Aceito

12 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

George Luiz Alves Santos

E-mail: [georgealvesrad@hotmail.com](mailto:georgealvesrad@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os pilares da Sistematização da Assistência de Enfermagem e seus elementos constituintes.

**Métodos:** Estudo teórico-reflexivo, que estabeleceu como categorias analíticas Método, Pessoal, Instrumentos.

**Resultados:** Se decompôs cada pilar estruturante da Sistematização, o que permitiu identificar seus elementos constituintes, e ampliou-se a compreensão do que é Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerando-a como fenômeno distinto do Processo de Enfermagem.

**Conclusão:** Descortinaram-se os elementos que compõem cada pilar da Sistematização da Assistência de Enfermagem, permitindo melhor entendimento quando se discute a organização do trabalho profissional a partir desta, bem como, ampliou-se a compreensão do termo, conceitual e operacionalmente.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the pillars of the Nursing Care Systematization and its constituent elements.

**Methods:** Theoretical-reflective study, which established as analytical categories Method, Personnel, Instruments.

**Results:** Each structuring pillar of the Systematization was decomposed, which allowed the identification of its constituent elements, and the understanding of what is Systematization of Nursing Care was expanded, considering it as a distinct phenomenon of the Nursing Process.

**Conclusion:** The elements that make up each pillar of the Systematization of Nursing Assistance were revealed, allowing a better understanding when discussing the organization of professional work from it, as well as the understanding of the term, conceptually and operationally, was expanded.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los pilares de la Sistematización del Cuidado de Enfermería y sus elementos constitutivos.

**Métodos:** Estudio teórico-reflexivo, que establece como categorías analíticas Método, Personal, Instrumentos.

**Resultados:** se descompuso cada pilar estructurador de la Sistematización, lo que permitió la identificación de sus elementos constitutivos, y se amplió la comprensión de lo que es la Sistematización de la Atención de Enfermería, considerándolo como un fenómeno distinto del Proceso de Enfermería.

**Conclusión:** se revelaron los elementos que componen cada pilar de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, lo que permitió una mejor comprensión al analizar la organización del trabajo profesional a partir de ella, así como la comprensión del término, conceptual y operativamente, se amplió.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

## Como citar:

Santos GL, Santana RF, Sousa AR, Valadares GV. Sistematização da assistência de enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes. *Enferm Foco*. 2021;12(1):168-73.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3993

## INTRODUÇÃO

A expressão contemporânea da organização do trabalho profissional da enfermagem brasileira tem sido associado à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), enquanto o Processo de Enfermagem (PE) tem sido associado à orientação do cuidado e ao conseqüente registro<sup>(1)</sup> – ou seja, a documentação clínica da assistência de enfermagem prestada. No que concerne à temática da SAE e ao uso do termo, ele tem sido associado a outros termos, como “Consulta de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Metodologia do Cuidado de Enfermagem, Planejamento da Assistência de Enfermagem, Processo de Assistência de Enfermagem, Processo de Atenção em Enfermagem, Processo de Cuidar em Enfermagem, Processo de Enfermagem e Processo do Cuidado de Enfermagem.”<sup>(2)</sup>

Esta profusão de termos e, por conseqüência, a confusão de conceitos que se suscita levam a dificuldades de entendimento do que seja propriamente a SAE e, sobretudo, a atribuição de seus significados, quando considerada na prática – a organização do trabalho profissional, de que trata o marco legal que a regulamenta.<sup>(1)</sup>

A resolução normativa apresenta a SAE a partir dos pilares Método, Pessoal e Instrumentos, os quais organizam o trabalho profissional, tornando possível a operacionalização do PE. Já este é apresentado como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional.<sup>(1)</sup> O PE, na mesma resolução, estar bem definido sobre cada uma de suas fases (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) – diferentemente dos pilares da SAE (método, pessoal e instrumentos),<sup>(1)</sup> em que apenas citam-se tais termos, sem aprofundamento conceitual e operacional, dificultando a compreensão e utilização destes, quando considerada a organização do trabalho profissional nos diversos contextos assistenciais.

Ainda, identifica-se, na literatura, o PE como um dos elementos que integra o pilar Método da SAE,<sup>(3)</sup> emergindo a conotação de subordinação à SAE. Tal perspectiva acaba por enfatizar os aspectos gerenciais – organização do trabalho profissional, minimizando a pertinência da implementação do PE e suas implicações clínicas na produção do cuidado, emergindo a premência do PE ser enfatizado, no Brasil, como algo independente e basilar na produção do cuidado de Enfermagem, e não subentendido como subordinado a SAE. Parece razoável inferir que a SAE existe em função do PE e para subsidiar sua implementação, e não ao contrário.

Como pressuposto motivador desta reflexão, tem-se que a SAE representa juntamente com seus três pilares e

elementos constituintes, fenômeno distinto do Processo de Enfermagem e suas cinco etapas, fases ou componentes.

Assim, o estudo foi guiado pela questão: Que elementos constituem cada pilar da SAE? O estudo tem como objetivo analisar os pilares da Sistematização da Assistência de Enfermagem e seus elementos constituintes.

Estudo teórico, reflexivo, que adotou, para o alcance do objetivo, três categorias analíticas: Método, Pessoal e Instrumentos. Os textos selecionados que suportam esta reflexão, são parte da literatura que subsidiou a elaboração do projeto de tese intitulado Significados atribuídos a Sistematização da Assistência de Enfermagem: implicações para o cuidado em saúde. Selecionou-se material produzido no Brasil, já que é um tema da cultura dessa realidade.

A discussão acerca dos pilares da Sistematização da Assistência de Enfermagem, bem como os elementos constituintes destes, podem possibilitar melhor compreensão conceitual e operacional, quando considerado a organização do trabalho profissional de Enfermagem.

## MÉTODOS

A categoria Método, aqui representado como um dos pilares da SAE, tem relação direta com o PE, mas, no entendimento dos autores desta reflexão, ele não estaria subordinado à SAE, não devendo ser compreendido como parte dela, já que existe independentemente e anterior a esta, que deveria, em seu conceito fundamental, reunir as condições necessárias para operacionalização do PE.

Entretanto, nesta reflexão, ainda, o Pilar Método será abordado como integrante da SAE, visto que, uma proposta de reconfiguração não é o objetivo deste texto. Contudo aponta-se questão de pesquisa para reflexão futura, com implicação na revisão do instrumento normativo, que a regulamenta. Passados dezoito anos da primeira resolução que tratou da SAE, ainda perduram dúvidas sobre aspectos conceituais e operacionais acerca do termo.

Não se pode perder de vista que a utilização do PE evoca os elementos substantivos da prática (diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem). Na atualidade, cada vez mais difundidos como possibilidade formal de representação de tais elementos, têm-se os Sistemas de Classificação de Enfermagem, que em muito favorecem a padronização dos registros dos achados clínicos, impactando no aumento da qualidade da documentação clínica de Enfermagem, constituindo assim um dos elementos do pilar Método.

A perspectiva teórica para a compreensão do termo “método” ancora-se em Leopardi,<sup>(4)</sup> podendo ser definido como o “caminho pelo qual fazemos algo, de maneira a

atingir um objetivo; é a base mental para o exercício de uma atividade que se deseja eficaz; exige a organização do conhecimento e experiências prévias.”<sup>(4)</sup> O método científico geral tem como características o estabelecimento de um problema, o levantamento de dados, um plano de ação, a execução do plano de ação, e a avaliação e reformulação do plano.<sup>(4)</sup>

A customização do método científico para a abordagem das necessidades da clientela pelos Enfermeiros e equipe se aproxima, em sua organização, do método científico geral, ou seja, quando consideradas as necessidades de saúde da clientela, os Enfermeiros valem-se de seu método de solução de problemas – o PE, compreendido como “trabalho em si, resultante da interação entre agentes do cuidado (profissional e enfermo), com objetivos específicos, na direção do alcance do bem-estar ou uma morte tranquila.”<sup>(4)</sup>

Aqui residem predicados essenciais que distinguem o PE da SAE, ou seja, esta não representa o trabalho em si, antes reuni as condições necessárias para que a assistência de Enfermagem ocorra. Ainda, quando se aborda a SAE, parecem equivocadas afirmações comuns do tipo “Vou registrar a SAE”, “Aqui não se aplica a SAE”, “No nosso serviço não temos a SAE” ou ainda, “Aqui não temos a SAE implantada”.

A resolução 358 de 2009<sup>(1)</sup> afirma dispor sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Nesse sentido, deve-se pôr em prática o PE e não a SAE, já que esta seria a responsável por reunir os elementos necessários para a execução ou realização do PE. De igual modo, na mesma resolução, no artigo 6º<sup>2</sup> cita-se o registro das etapas do PE, não da SAE. Parece razoável inferir outra diferença fundamental entre os termos, ou seja, SAE é constituída de pilares, e o PE de fases, o que lhe confere um caráter processual, dinâmico e vivo; ocorrendo no momento do encontro da ciência de Enfermagem com as demandas de cuidado.

Neste sentido, o método “é caminho, modo de fazer, regulado pela compreensão de uma dada situação, da finalidade da ação projetada e das potencialidades da situação transformar-se ou ser transformada [...] modo de conceber a necessidade e o cuidado”.<sup>(4)</sup> Entretanto, o PE, por si só, seria algo meramente mecanicista, se não tivesse uma ancoragem teórica que o sustentasse, parecendo ser adequado que tal ancoragem esteja pautada em referenciais próprios da profissão, emergindo a adoção de um teórico de Enfermagem como condição *sine qua non* para suportar a prática profissional do enfermeiro e da equipe de Enfermagem, emergindo assim, outro elemento constituinte do Pilar Método.

Como afirma Leopardi,<sup>(4)</sup> teorias de enfermagem são “proposições para pensar a assistência de enfermagem, evidenciando seus propósitos, limites e possibilidades de relações entre profissionais e indivíduos que demandam cuidados”. Existe uma relação intrínseca e indissociável entre o PE e os teóricos de Enfermagem, pois se PE é um instrumento metodológico que permite a implementação de uma teoria de Enfermagem à prática assistencial, a Teoria de Enfermagem seria o arcabouço que sustentaria e definiria as regras e os modos de aplicação de seus elementos teóricos. A literatura de Enfermagem corrobora esta reflexão no que diz respeito aos elementos constituintes do pilar Método, que são a teoria de Enfermagem, as taxonomias, o PE, a consulta de Enfermagem e os registros de Enfermagem.<sup>(3)</sup>

O PE é difundido mundialmente como o modo de orientar o cuidado profissional de Enfermagem, e relaciona-se diretamente à assistência prestada, uma vez que, por meio de seus componentes estrutura a assistência a partir das teorias de Enfermagem e do conhecimento subjacente a área. O pilar Método, a partir dos elementos constituintes apresentados, no entendimento dos autores, suportaria a orientação e a organização da assistência a ser prestada, por meio da implementação do PE com base em uma teoria de enfermagem e demais referenciais teóricos harmônicos com a arte e ciência de Enfermagem.

### Pessoal

Este pilar, aqui tratado como categoria, pode ser representado e constituído pela organização do pessoal de enfermagem, desde as atribuições dos exercentes de Enfermagem, a formação de recursos humanos até o dimensionamento de pessoal de Enfermagem. Este último também é identificado na literatura<sup>3</sup> como elemento do Pilar Pessoal. Os exercentes de Enfermagem dizem respeito à composição da equipe, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, além das parteiras, sendo todos regulamentados pela Lei do Exercício Profissional<sup>(5)</sup> infere-se dessa maneira, que este pilar diz respeito à gestão de pessoas nos serviços de Enfermagem.

Historicamente, os enfermeiros dividem suas ações em administrativas e assistenciais. A organização e a direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços e, ainda, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem, são exemplos de atividades relacionadas à gestão de Enfermagem. Como atividades assistenciais, têm-se a consulta de Enfermagem e a prescrição da

assistência de Enfermagem<sup>(5)</sup> – estas últimas relacionadas ao PE e à prática clínica.

Há, ainda, a divisão técnica do trabalho, em que o técnico em Enfermagem exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, além de participação no planejamento da assistência de enfermagem. Ele exerce atividades assistenciais, excetuadas as privativas do enfermeiro. Já o auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento. Pode-se citar, como exemplo, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos pacientes.<sup>(5)</sup>

A resolução 358 de 2009<sup>(1)</sup> atribui ao enfermeiro a liderança, a execução e a avaliação do PE, cabendo-lhe privativamente o diagnóstico de enfermagem e a prescrição das ações ou intervenções de Enfermagem que serão realizadas. Aos técnicos e auxiliares de Enfermagem, cabe participar na execução do PE naquilo que lhes couber, sob supervisão e orientação do enfermeiro. Essa organização reforça o distanciamento entre processos de reflexão e prática, e da divisão do trabalho.

Deve-se trazer a relevo que a formação de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem deve privilegiar conteúdos que abordem a SAE e o PE, para que tais profissionais, ao se depararem com os elementos substantivos da prática profissional – diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem, nos planos assistenciais de Enfermagem, reconheçam seu real sentido, e compreendam os objetivos terapêuticos das prescrições de Enfermagem ao implementarem as ações assistenciais.

Ainda, deve-se considerar que a formação de recursos humanos em Enfermagem não pode ocorrer isoladamente das demais profissões, uma vez que, na prática profissional diária, Enfermeiros e equipe integram com demais membros da equipe interdisciplinar o cotidiano assistencial do cuidado em saúde. Discutir a SAE e o PE, para além do cômputo disciplinar, bem como suas interrelações, pode potencializar que os demais profissionais da equipe de saúde compreendam o escopo de prática e contribuição dos Enfermeiros e equipe no cuidado em saúde, fortalecendo a prática autônoma e colaborativa.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao impacto que os recursos humanos têm na organização do trabalho profissional e na aplicação do PE, quando se leva em conta o dimensionamento de recursos humanos em Enfermagem. Recentemente, foi editada norma que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de

profissionais de Enfermagem nos contextos assistenciais.<sup>(6)</sup> Este instrumento legal subsidia a alocação de recursos humanos, objetivando o equilíbrio quantitativo entre as demandas assistenciais e o número de profissionais.

Compreende-se que o Pilar Pessoal, tem implicações essenciais na implementação do PE, que permeiam o adequado dimensionamento de pessoal, garantindo assim, quantitativo suficiente para que a prática profissional ocorra de forma segura e qualificada. Entretanto, apenas um quantitativo adequado pode garantir a efetiva execução do PE? Certamente, não. Assim, formar Enfermeiros e equipe em conhecimentos sólidos relacionados a SAE e ao PE, juntamente com adequado dimensionamento, pode ser uma equação mais assertiva que potencialize a prática clínica de Enfermagem asseverada em conhecimentos próprios da profissão.

### Instrumentos

Os processos de trabalho pressupõem aspectos de gerência, supervisão e planejamento, como ferramentas de organização do trabalho profissional de Enfermagem. Para isso, têm se adotado instrumentos que auxiliem na parte operacional<sup>(7)</sup>, permitindo padronizar o processo de trabalho e medir a eficiência e a eficácia dos resultados, de modo a analisar a qualidade do cuidado/produto ofertado.

Nesta categoria, podem-se exemplificar como elementos constituintes do Pilar Instrumentos o manual de Enfermagem, o regimento interno, o Procedimento Operacional Padrão (POP), Os Protocolos Assistenciais, os *bundles*, as escalas de avaliação clínicas, os indicadores gerenciais, os indicadores assistenciais, as instruções de trabalho e os formulários/impressos de Enfermagem. Coadunam com esta reflexão autores<sup>(3)</sup> que citam os protocolos, os manuais e os impressos como elementos constituintes do Pilar Instrumentos.

Uma das ferramentas para o adequado andamento e continuidade do funcionamento dos serviços de Enfermagem é a comunicação, que implica diretamente na qualidade da assistência e também na proteção do profissional,<sup>(7)</sup> traduzindo a assistência prestada, em comunicação escrita e registro clínico do cuidado profissional de Enfermagem. A comunicação, ainda, pode ser utilizada como forma asseverar o conhecimento de processos e decisões gerenciais para toda a equipe. Prevalece a comunicação escrita nos serviços de Enfermagem, formalizada em prontuários, livro de ocorrências, livro de reuniões de equipe de Enfermagem, livro de registro de ações coletivas, escalas de Enfermagem, fichas de produção ou, ainda, fichas de materiais de consumo da Enfermagem.<sup>(7)</sup>

A comunicação também pode ser considerada organizadora de processos, por meio de “instruções formativas, pertinentes aos objetivos do serviço, para que as tarefas e processos de trabalho sejam executados garantindo boa supervisão, treinamentos e, conseqüentemente, bons resultados”.<sup>(7)</sup> São exemplos os manuais, os protocolos assistenciais e os POP. Manuais de Enfermagem contemplam “informações sistematizadas sobre normas, rotinas, procedimentos e outros documentos necessários para execução das atividades de Enfermagem”.<sup>(8-11)</sup> São exemplos os manuais de normas administrativas e disciplinares, de procedimentos técnicos e de rotinas dos setores.<sup>(7)</sup>

Para menor variabilidade na execução de procedimentos, maximizando a segurança dos cuidados prestados, comumente organizados pela equipe gerencial, em parceria ou não com a equipe executora, idealmente informados por evidências, têm-se os POPs, definidos como descrições meticulosas dos passos de um cuidado de Enfermagem direto (assistencial) ou indireto, além de detalharem os materiais a serem utilizados.<sup>(8)</sup>

Também são descritos na literatura os protocolos assistenciais, que são “a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência”.<sup>(8)</sup> Têm por foco o manejo de situações clínicas.

Além dos POP e dos protocolos assistenciais, faz-se necessária a elaboração informada por evidências de pacotes de medidas preventivas, ou *bundles*, que seriam capazes de diminuir, pelo seu uso efetivo, infecções de corrente sanguínea, por exemplo. Podem ser configurados na forma de *checklist*, o que favorece a avaliação de conformidade ou não de um procedimento.<sup>(9)</sup>

Ainda, como suporte para a avaliação clínica, os enfermeiros devem utilizar instrumentos que subsidiem as decisões assistenciais pautadas em critérios clínicos objetivos. Para tanto, os serviços devem selecionar escalas de avaliações clínicas, validadas e adaptadas ao contexto nacional. Um exemplo seria a escala de Braden, que avalia o risco de um paciente desenvolver lesão por pressão (LPP).<sup>(10)</sup>

Para subsidiar o registro e a documentação clínica de Enfermagem melhorando comunicação entre a equipe de enfermagem, o que constitui atendimento as questões éticas, e como um dos elementos constituintes do Pilar Instrumentos, teríamos os impressos de Enfermagem, que podem ser elaborados considerando-se o PE, as teorias de Enfermagem e os sistemas de classificação em Enfermagem (SCE), como a *NANDA-International* (NANDA-I), a Classificação dos Resultados de Enfermagem,

a Classificação das Intervenções de Enfermagem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®),<sup>(11-15)</sup> como ancoragem teórico-prática.

Frente ao exposto, é possível inferir que o Pilar Instrumentos subsidia a gestão dos processos de trabalho de enfermeiros e equipe de Enfermagem, permitindo a organização do trabalho profissional,<sup>(1)</sup> e suportando a implementação do PE para melhor orientar o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.<sup>(1)</sup> Assim, os elementos constituintes aqui descritos, subsidiam o acompanhamento da entrega de cuidado da equipe de Enfermagem nos diversos contextos assistenciais.

A limitação do estudo diz respeito a tratar-se de um artigo de reflexão que necessita verificação na prática por meio de dados empíricos.

A contribuição do estudo situa-se no avanço que traz ao se decompor cada pilar e seus elementos constituintes, permitindo-se ampliar a compreensão do que seja propriamente a SAE, desdobrando-se em conhecimento útil quando a SAE for utilizada como ferramenta para a organização do trabalho profissional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decompor os pilares da SAE, descortinando-se seus elementos constituintes, ampliou-se a compreensão do termo em seus aspectos conceituais e operacionais. Em síntese, apontaram-se diferenças marcantes entre a SAE, seus pilares e elementos constituintes, e o PE juntamente com suas fases, permitindo-se uma diferenciação mais clara acerca de cada termo. O pilares Pessoal e Instrumentos têm implicação direta na organização do trabalho profissional em um dado contexto assistencial, permitindo a operacionalização do PE. Este é parte integrante do Pilar Método e, deve ser compreendido à luz das Teorias de Enfermagem e referenciais teóricos que o sustentem, na orientação do cuidado direto à clientela e na documentação clínica de Enfermagem. Ao Pilar Pessoal, pode ser atribuída a gestão de recursos humanos em Enfermagem. Por seu turno ao Pilar Instrumentos, pode-se relacionar à supervisão do serviço, mas também à organização das ações assistenciais, no que diz respeito à impressos, indicadores etc. Por fim, o Pilar Método tem nexos com a prática clínica de Enfermagem, orientada pelo PE.

## Contribuições

GLAS: concepção, desenho, execução, confecção do manuscrito, coleta, análise e interpretação dos dados; GVV: concepção, desenho, revisão crítica e revisão final do artigo; RFS: redação e revisão crítica, e revisão final do artigo e ARS: redação e revisão crítica, e revisão final do artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-358/2009 [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2009 [citado 2020 Jan 31]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html)
2. Garcia TR, Nóbrega MM. Systematization of nursing care: is there agreement on the concept? *Rev Eletr Enferm*. 2009;11(2):233.
3. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN-BA). SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem. Um guia para a prática [Internet]. Salvador: COREN-BA, 2016 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: [http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA\\_PRATICO\\_148X210\\_COREN.pdf](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf)
4. Leopardi MT. Teoria e método em assistência de enfermagem. Porto Alegre: Soldasoft; 2006.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 543/2017 [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2017 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
7. Conselho Regional de Enfermagem-SP (COREN-SP). Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica: norteando a gestão e a assistência [Internet]. São Paulo: COREN-SP, 2017 [citado 2020 Jan 28]. [https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia\\_de\\_boas\\_praticas\\_de\\_enfermagem\\_na\\_atencao\\_basica\\_norteando\\_gestao\\_a\\_assistencia.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/guia_de_boas_praticas_de_enfermagem_na_atencao_basica_norteando_gestao_a_assistencia.pdf)
8. Conselho Regional de Enfermagem-SP (COREN-SP). Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. São Paulo: COREN-SP, 2015 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/Protocolo-web.pdf>
9. Llapa-Rodríguez EO, Oliveira JK, Melo FC, Silva GG, Mattos MC, Macieira Júnior VP. Insertion of central vascular catheter: adherence to infection prevention bundle. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):774-9.
10. Debon R, Fortes VL, Rós AC, Scaratti M. The Nurses' Viewpoint Regarding the Use of the braden Scale With the Elderly Patient. *Rev Fund Care Online*. 2018;10(3):817-23.
11. Tavares FM, Tavares WS. Elaboration of a nursing assistance systematization instrument: experience report. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:e2015.
12. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
13. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. NOC. Classificações dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
14. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. NIC. Classificação das intervenções de enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
15. Garcia T. Avanços no conhecimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® (1989-2017). In: Anais do I Encontro Internacional do Processo de Enfermagem (ENIPE), 22 e 27 de junho de 2017 [Internet]. Campinas: GALOÁ, 2018 [citado 2020 Jan 28]. Disponível em: <https://doi.org/10.17648/enipe-2017-85608>

# CUIDADO CLÍNICO E CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM: CIRCUNSCREVENDO UM NOVO CAMPO CONCEITUAL

CLINICAL CARE AND CLINICAL NURSING CARE: DELIMITING A NEW CONCEPTUAL FIELD

CUIDADO CLÍNICO Y CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMERÍA: CIRCUNSCRIBIR UN NUEVO CAMPO CONCEPTUAL

José Jeová Mourão Netto<sup>1</sup>

Maria da Conceição Coelho Brito<sup>1</sup>

Maria Vilani Cavalcante Guedes<sup>1</sup>

Maria Célia de Freitas<sup>1</sup>

Lúcia de Fátima da Silva<sup>1</sup>

Lucilane Maria Sales da Silva<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-0663-8913>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3484-9876>)

(<https://orcid.org/0000-0002-6766-4376>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4487-1193>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3217-3681>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3850-8753>)

## Descritores

Enfermeiras e enfermeiros;  
Cuidados de enfermagem; Sinais e  
sintomas

## Descriptores

Nurses; Nursing care; Signs and  
symptoms

## Descriptores

Enfermeras y enfermeros; Atención  
de enfermería; Signos y síntomas

## Recebido

13 de Julho de 2020

## Aceito

6 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

José Jeová Mourão Netto

E-mail: jeovamourao@yahoo.com.br

## RESUMO

**Objetivo:** Discutir sobre o Cuidado Clínico e o Cuidado Clínico de Enfermagem, neste percurso, propondo uma definição para esses conceitos.

**Métodos:** Trata-se de um estudo teórico, de caráter reflexivo, ancorado na concepção de cuidado e de clínica de autores oriundos de diferentes áreas do conhecimento (Filosofia, Sociologia, Medicina e Enfermagem), com vistas a permitir a construção de um arcabouço teórico capaz de fundamentar as discussões e definições propostas.

**Resultados:** Cuidado Clínico e Cuidado Clínico de Enfermagem têm sido expressões cada vez mais utilizadas por profissionais e pesquisadores. No entanto, estes conceitos ainda se apresentam pouco delimitados. Hegemonicamente, a clínica tem sido representada pelas atividades de investigação e terapêutica das repercussões da doença no corpo, este marcado por sinais e sintomas. Porém, nessa acepção, com foco na doença, a clínica pouco contribui para a resolução dos problemas na saúde.

**Conclusão:** Propõe-se que o Cuidado Clínico represente um novo campo conceitual, com estabelecimento de novas relações entre os sujeitos, que se detenha aos sinais e sintomas, mas também às repercussões psicológicas e sociais do adoecimento, considerando centralmente a pessoa e o seu contexto de vida, e não a doença.

## ABSTRACT

**Objective:** To discuss about Clinical Care and Clinical Nursing Care, in this path, proposing a definition for these concepts.

**Methods:** It is a theoretical study, reflective, anchored in the conception of care and clinic by several authors from different areas of knowledge (Philosophy, Sociology, Medicine and Nursing), with a view to allowing the construction of a theoretical basis capable of supporting the proposed discussions and definitions.

**Results:** Clinical Care and Clinical Nursing Care have been increasingly used by professionals and researchers. However, these concepts are still poorly defined. Hegemonically, the clinic has been represented by the research and therapeutic activities of the repercussions of the disease on the body, marked by signs and symptoms. However, in this sense, focusing on the disease, the clinic contributes little to the resolution of health problems.

**Conclusion:** It is proposed that the Clinical Care represents a new conceptual field, with the establishment of new relationships between the subjects, which focuses on the signs and symptoms, but also on the psychological and social repercussions of the disease, considering the person, to the detriment of the patient, disease, and its context of life.

## RESUMEN

**Objetivo:** Discutir la Atención clínica y la Atención de enfermería clínica, a lo largo de este camino, proponiendo una definición para estos conceptos.

**Métodos:** Estudio teórico, reflexivo, anclado en la concepción del cuidado y la clínica por varios autores de diferentes áreas de conocimiento (Filosofía, Sociología, Medicina y Enfermería), con miras a permitir la construcción de una base teórica capaz de sustentar las discusiones y definiciones propuestas.

**Resultados:** La atención clínica y la atención de enfermería clínica han sido expresiones cada vez más utilizadas por profesionales e investigadores. Sin embargo, estos conceptos todavía están mal definidos. Hegemónicamente, la clínica ha estado representada por investigaciones y actividades terapéuticas sobre las repercusiones de la enfermedad en el cuerpo, que está marcada por signos y síntomas. Sin embargo, en este sentido, con un enfoque en la enfermedad, la clínica hace poco para resolver los problemas de salud.

**Conclusión:** Se propone que Clinical Care representa un nuevo campo conceptual, con el establecimiento de nuevas relaciones entre los sujetos, que se detiene en los signos y síntomas, pero también en las repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad, considerando a la persona centralmente y no a la persona, enfermedad y su contexto de vida.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

## Como citar:

Mourão Netto JJ, Brito MC, Guedes MV, Freitas MC, Silva LF, Silva LM. Cuidado clínico e cuidado clínico de enfermagem: circunscrevendo um novo campo conceitual. *Enferm Foco*. 2021;12(1):174-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4174

## INTRODUÇÃO

Há muito se fala em cuidado e cuidado de Enfermagem, no entanto o Cuidado Clínico e o Cuidado Clínico de Enfermagem têm seus limites pouco circunscritos, suscitando uma maior discussão sobre esse campo conceitual. Historicamente, o conceito de clínica tem sido marcado pela herança anatomopatológica, que nasceu do saber médico e perpassa o exercício das diversas disciplinas do campo da saúde.<sup>(1)</sup> No entanto, na atualidade, em que cada vez mais os problemas de saúde são influenciados por determinantes sociais, essa concepção tem se mostrado anacrônica e insuficiente para abarcar todas as repercussões do adoecimento na vida das pessoas. Diante disso, o conceito de Cuidado Clínico emerge como uma aposta na possibilidade de, a partir dessa tensão entre clínica e cuidado, potencializar o fazer da Enfermagem e de outras profissões da saúde, contribuindo para uma ressignificação, de forma que os dois conceitos, ao se encontrarem, produzam um novo campo conceitual.<sup>(1)</sup> O arcabouço teórico sobre o qual se assenta este texto é resultado da interlocução de autores que se detiveram a analisar a clínica, o cuidado e a Enfermagem. Assim, objetivou-se discutir o Cuidado Clínico e o Cuidado Clínico de Enfermagem, neste percurso, propondo definições que proporcionem um melhor entendimento sobre esse campo.

### Cuidado e cuidado de enfermagem

O cuidado tem se configurado como termo passível de diferentes interpretações, sobretudo para a Enfermagem, a qual o considera objeto central de sua prática.<sup>(2-4)</sup> Este conceito tem sido usado em diferentes contextos, como na discussão atual sobre a relação entre o trabalho do enfermeiro e a robótica,<sup>(5)</sup> ou nas abordagens terapêuticas a partir da Internet das Coisas,<sup>(6)</sup> configurando possibilidades inovadoras para a atuação desses profissionais. No entanto, não são muitas as iniciativas de aprofundamento acerca desse conceito, de forma que tem sido utilizado sem uma preocupação maior em explicá-lo ou fundamentá-lo, tampouco saber o que realmente significa.<sup>(7)</sup>

Nesse sentido, tentaremos criar uma linha de raciocínio que permita inferir, de forma mais assertiva do que o até então disponível na literatura, sobre os elementos básicos e estruturantes do cuidado, que aqui chamaremos de atributos.

O cuidado pode ser considerado, antes de tudo, uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.<sup>(8)</sup> Assim, não poderia existir sem a precedência de um envolvimento com quem se cuida, sem o desenvolvimento de ligações afetivas, expressas pela preocupação, responsabilidade,

empatia, solidariedade e outros sentimentos necessários à sustentação de sua dimensão subjetiva.

Nessa acepção, é importante reconhecermos que podemos desenvolver esses sentimentos, mesmo por quem ainda é estranho a nós, pois são despertados pelo outro de forma involuntária, haja vista serem inerentes, ou deveriam ser, ao convívio entre humanos.

Não obstante outros autores reconheçam a necessidade da preocupação e dos demais sentimentos envolvidos no cuidar, avançam na delimitação desses atributos quando referem que há a necessidade de irmos além da preocupação para a sua concretização, sendo imprescindível que haja ação entre os envolvidos nesse processo.<sup>(9)</sup>

De fato, o referido guarda uma conexão direta com o fazer dos profissionais no campo de práticas, pois todas as profissões da saúde guardam em comum o fato de constituírem-se como ciências práticas, as quais são traduzidas em ações, realizadas junto às pessoas que delas necessitam para se curarem ou se reequilibrarem.

Das discussões até aqui tecidas, dois atributos do cuidado em saúde foram apresentados: preocupação e ação. A partir daqui, agregaremos mais um atributo a esse contexto: a interação, mas sustentada por uma tessitura mais afinada ao corpo teórico da Enfermagem.

Na Enfermagem, para que ocorra a concretização do cuidado e a sua realização seja efetiva, afetiva e contextual, comportamentos e atitudes de cuidado devem ser manifestados conjuntamente com ações calcadas em conhecimento, não podendo ocorrer isoladamente, por tratar-se de uma ação e de um processo interativo.<sup>(7)</sup>

O atributo interatividade é, de forma muito oportuna, associado ao cuidado, ressaltando-se a necessidade de trocas entre os envolvidos, pois deve ser resultado da pactuação entre quem cuida, quem é cuidado e, ainda, quem pode contribuir e assumir papéis nesse processo, como familiares, acompanhantes e cuidadores.

Diante disso, consideramos necessário ressaltar a inconsistência do termo cuidado indireto, utilizado por alguns autores.<sup>(10)</sup> Com isso, embora essas atividades sejam entendidas por nós como procedimentos ou ações em saúde, não podem ser consideradas como cuidado, haja vista prescindirem do atributo interatividade.

A discussão sobre o cuidado indireto, na Enfermagem, denota a seguinte questão: toda ação da Enfermagem, direcionada ao cliente, é cuidado? Em coerência com o que defendemos até aqui, podemos responder que não.

Nem todas as ações dos profissionais de Enfermagem podem ser consideradas cuidado, no seu real sentido, pois ações terapêuticas, intervenções, procedimentos e técnicas

constituem uma vasta lista de tarefas. Sendo assim, o que distingue o cuidar não é o que se faz, mas como se faz.<sup>(7)</sup>

Embora possam ser encontradas algumas definições sobre o cuidado de Enfermagem, o que parece estar mais em consonância com o seu atual contexto dá conta de que esse é um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos em interação, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um saber-fazer embasado na ciência, na arte, na ética e na estética, direcionado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade,<sup>(11)</sup> reiterando o que temos defendido.

Em favor da necessidade da interação para a efetivação desse cuidado, destacamos a coparticipação, o respeito à autonomia e a necessidade de emancipação da pessoa a qual cuidamos, aspectos significativos e que devem ser considerados nas práticas de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, tendo em vista que, sem a interação, não passarão de uma intencionalidade.

### Reflexões sobre a clínica

A palavra clínica deriva do grego *klinike*, que, por sua vez, conota o sentido de repouso, leito, inclinação,<sup>(12)</sup> o que imediatamente remete à prática de cuidar à beira do leito.

A clínica tem sido objeto de análise de filósofos, pesquisadores e profissionais da saúde no intuito de compreendê-la como conceito que deve encerrar uma ou mais definições. Dito isso, lançamos mão da percepção de diferentes autores, como Georges Ganguilhem,<sup>(13)</sup> Michel Foucault,<sup>(14)</sup> Túlio Franco<sup>(15)</sup> e Luiz Carlos Cecílio<sup>(16)</sup> para compreendermos e expressarmos sobre quais clínicas nos referimos no texto, nos deparamos na prática e almejamos.

Epistemologicamente, a clínica está intimamente relacionada ao corpo, à doença e à descrição dos sinais e sintomas no corpo adoecido.<sup>(13)</sup> E, embora possa guardar diversos sentidos, predominantemente tem sido retratada em seu sentido usual e hegemônico, trazido da medicina, com referência à semiologia médica, que envolve inclinar-se sobre aquele que sofre, captar seus sinais, reverenciar o sofrimento como verdade e desenhar os caminhos da doença no corpo a partir de sinais e sintomas.<sup>(14)</sup>

Existem críticas quanto à objetificação do corpo para a clínica, mas parece ser indiscutível a representação da doença para essa, sendo coerente centrar a ação clínica sobre o corpo. No entanto, não se pode dissociá-lo da pessoa que o integra, não somente marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo e a sua dinâmica corporal marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, de sofrimento ou de deficiência.<sup>(15)</sup>

Esse modo pouco democrático de fazer saúde ainda encontra grande apoio das corporações profissionais, para as quais os novos modos de produção da saúde, descentralizados e funcionantes a partir da cogestão, podem representar uma ameaça por colocarem em xeque seus territórios de saber-poder.<sup>(16)</sup>

### Cuidado clínico, cuidado clínico de enfermagem e os caminhos para a clínica que se quer

Diante do até aqui exposto, parece coerente inferir que a clínica hegemônica seja o conjunto de atividades envolvidas na investigação e terapêutica das doenças ou desequilíbrios e suas repercussões no corpo doente, que tem como principal base de informações os sinais e sintomas.

No entanto, tal descrição encontra-se marcada pelo reducionismo comum à ciência estritamente biomédica, berço da clínica, e que ainda influencia fortemente os modos de se produzir saúde,<sup>(17,18)</sup> de forma a não manter coerência com o cuidado em saúde, ou em Enfermagem, que se almeja na atualidade.

O entendimento hegemônico de clínica está em descompasso com o atual cenário de produção da saúde, sinalizando a necessidade de uma reforma da clínica moderna, que deve assentar-se sobre um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre a pessoa; no caso, uma pessoa que vivencia algum desequilíbrio, mas que mantém inter-relações com o seu contexto, pois a clínica se empobrece toda vez que ignora essas inter-relações.<sup>(15)</sup>

Assim, consideramos que tanto o Cuidado Clínico como o Cuidado Clínico de Enfermagem são destinados à pessoa já adoecida ou em desequilíbrio da saúde, sendo voltados, prioritariamente, ao tratamento, cura, reabilitação ou cuidado paliativo; e, para isso, devem considerar centralmente a pessoa adoecida, em detrimento da doença, seu contexto de vida e as repercussões não somente físicas do adoecimento, mas também psicológicas e sociais.

Mas existe uma diferenciação entre os dois: o Cuidado Clínico corresponde ao cuidado de base científica, sistematizado por profissional da saúde, realizado por este ou pessoa qualificada; enquanto o Cuidado Clínico de Enfermagem corresponde ao cuidado de base científica, sistematizado pelo enfermeiro, realizado por este profissional ou pessoa qualificada e legalmente habilitada, tendo como fio condutor a base teórico-filosófica na qual se assenta a Ciência Enfermagem.

No entanto, embora o adoecimento ou desequilíbrio sejam o ponto de partida do Cuidado Clínico, não há impedimento em se realizar, quando estabelecidos tratamento, cura, reabilitação ou cuidado paliativo, também a promoção

da saúde e prevenção de doenças. Assim, sinaliza-se para uma nova clínica, mais potente frente aos problemas de saúde cada vez mais complexos e relacionados aos diferentes contextos de vida.

Não intentamos, aqui, propor uma nova nomenclatura, um novo qualificativo ou adjetivo para a clínica, pois acreditamos que na medida em que se modifica o entendimento sobre o conceito, este fatalmente já terá sido modificado; por isso, o conceito de clínica no atual contexto da saúde não poderá carrear os mesmos sentidos que em outros momentos históricos, pois os sentidos são dinâmicos e variam de acordo com a época, reconhecendo que o tempo também muda a cultura, faz alterar o contexto, e assim sucessivamente, em um processo de mudança constante no qual se devem conformar os conceitos para permitir novos sentidos.

Diante da densidade dos temas envolvidos, consideramos que outros autores também poderiam contribuir para a clarificação e melhor articulação das diferentes visões de cuidado, clínica e Enfermagem. Assim, entendemos que há a necessidade de estudos mais aprofundados sobre os objetos em questão.

O artigo contribui para um melhor entendimento sobre o Cuidado Clínico e o Cuidado Clínico de Enfermagem, podendo ser útil para que os profissionais da saúde, em especial os da Enfermagem, possam refletir sobre as suas práticas, subsidiando mudanças em direção à prestação de um cuidado mais humanizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica hegemônica, fortemente influenciada pelo reducionismo do modelo biomédico, tem se mostrado incapaz de responder às necessidades de cuidado das pessoas, estas significativamente influenciadas por determinantes sociais, pouco considerados por essa clínica. Desse modo, a clínica hegemônica e o Cuidado Clínico comungam da doença ou desequilíbrio como ponto de partida para as suas ações, mas divergem quanto ao protagonismo da pessoa cuidada e sobre a relevância dos determinantes sociais no processo de adoecimento. O Cuidado Clínico de Enfermagem propõe um olhar direcionado ao sujeito para além da doença e do doente, pois se interessa também pelo contexto histórico-social onde nasceu essa interação, como possibilidade singular para a obtenção de processos efetivos de tratamento, reabilitação, cura e/ou cuidado paliativo, os quais não poderiam existir sem a interação entre a Enfermagem e a pessoa adoecida. Sem essa interação, essa ação não se configura como um cuidado.

## Contribuições

José Jeová Mourão Netto, concepção e redação; Maria da Conceição Coelho Brito, concepção e redação; Maria Vilani Cavalcante Guedes, concepção e desenho metodológico; Maria Célia de Freitas, concepção; Lúcia de Fátima da Silva, revisão crítica, Lucilane Maria Sales da Silva, aprovação da versão final.

## REFERÊNCIAS

1. Silveira LC, Vieira AN, Monteiro AR, Miranda KC, Silva LF. Clinical care in nursing: development of a concept in the perspective of professional practice reconstruction. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):548-54.
2. Sousa AR, Olimpio A, Cunha CL. Enfermagem em contexto de pandemia no Brasil: docilidade dos corpos em questão. *Enferm Foco*. 2020;11(1) Esp:95-100.
3. Melo LP. Nursing as a human science centered care. *Reme*. 2016;20:e979.
4. Marta CB, Teixeira ER, Francisco MT, Ferreira CE, Silva PO, Silva CR, et al. Theoretical and methodological conceptions of transdisciplinary care: an integrative review. *Investig Andina*. 2017;19(34):1879-99.
5. Archibald MM, Barnard A. Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2473-80.
6. Mieronkoski R, Azimi I, Rahmani AM, Aantaa R, Terävä V, Liljeberg P, Salanterä S. The Internet of Things for basic nursing care: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:78-90.
7. Waldow VR. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2015;17(1):13-25.
8. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 20 ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
9. Noddings N. *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education*. Berkley: University of California Press; 2013.
10. Monteiro C, Avelar AF, Pedreira ML. Interrupções de atividades de enfermeiros: contribuições para a segurança do paciente e do profissional. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20190042.
11. Vale EG, Pagliuca LM. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):106-13.
12. Dicionário Infopédia de Termos Médicos [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 25]. Porto: Porto Editora; 2021. Available from: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/clinica>.
13. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
14. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
15. Franco TB, Hubner LC. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando. *Saúde Debate*. 2019;43(6)Esp:93-103.
16. Cecílio LC, Mendes TC. Alternative proposals for hospital management and the protagonism of workers: why do things not always happen as expected by the leaders? *Saude Soc*. 2004;13(2):39-55.

17. Weber ML, Vendruscolo C, Adamy EK, Silva CB. Melhores práticas na perspectiva de enfermeiros da rede de atenção à saúde. *Enferm Foco*. 2020;11(3):87-92.

18. Silva JM, Batista BD, Carmo AP, Gadelha MM, Andrade ME, Fernandes MC. Dificuldades experienciadas pelos agentes comunitários de saúde na realização da educação em saúde. *Enferm Foco*. 2019;10(3):82-7.

## ESTÁGIO CURRICULAR EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL: REFLEXÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

CURRICULAR INTERNSHIP IN MATERNAL AND CHILD HEALTH: REFLECTIONS FROM NURSING ACADEMIC  
PRÁCTICA CURRICULAR EN SALUD MATERNO-INFANTIL: REFLEXIONES DE LA ENFERMERÍA ACADÉMICA

Francisco Willian Melo de Sousa<sup>1</sup>

Francisco Marcelo Leandro Cavalcante<sup>1</sup>

Jade Maria Albuquerque de Oliveira<sup>1</sup>

Hiara Rose Moreno Amaral<sup>1</sup>

Marcos Pires Campos<sup>1</sup>

Ingrid Kelly Morais Oliveira<sup>1</sup>

Tatiane de Sousa Paiva<sup>1</sup>

Gabriela Marques Marinho<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0001-9852-6526>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6143-1558>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9330-1811>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4272-3357>)

(<https://orcid.org/0000-0002-9656-9140>)

(<https://orcid.org/0000-0003-1536-7289>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8555-6355>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3809-5140>)

### Descritores

Estágios; Enfermagem; Atenção primária à saúde; Saúde materno-infantil; Estratégia saúde da família

### Descriptors

Internships; Nursing; Primary health attention; Maternal and child health; Health family strategy

### Descriptores

Etapas; Enfermería; Atención primaria de salud; Salud materno-infantil; Estrategia de salud familiar

### Recebido

13 de Março de 2020

### Aceito

31 de Janeiro de 2021

### Conflitos de interesse

nada a declarar.

### Autor correspondente

Francisco Willian Melo de Sousa  
E-mail: williancarire123@gmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar a experiência de estágio curricular em Enfermagem, com ênfase na saúde materno-infantil, no âmbito da atenção primária à saúde.

**Métodos:** Relato de experiência, produto do estágio supervisionado realizado em uma unidade básica de saúde de Sobral, Ceará, no mês de julho de 2019.

**Resultados:** Ao longo do estágio foram realizadas, junto à enfermeira, orientações, manejos e condutas de enfermagem nas consultas de demanda livre, agendadas e domiciliares, como consulta de pré-natal, exame de prevenção ginecológica e puericultura. A experiência do referido estágio proporcionou a aplicabilidade da teoria na prática, tanto no ambiente interno da unidade como na comunidade, facilitando a compreensão dos programas e políticas voltados à saúde materno-infantil. Também oportunizou o protagonismo acadêmico na perspectiva da colaboração com os serviços e no cuidado à população.

**Conclusão:** O estágio proporcionou colocar em prática habilidades técnico-científicas e humanas, possibilitando vivenciar diferentes realidades no contexto da atenção primária.

### ABSTRACT

**Objective:** To report the experience of internship in nursing with an emphasis on maternal and child health in the context of primary health care.

**Methods:** Experience report, product of the supervised internship carried out in a basic health unit in Sobral, Ceará, in July 2019.

**Results:** Throughout the internship, guidance, management and nursing practices were carried out with the nurse. free demand consultations, scheduled and at home, such as prenatal consultations, gynecological prevention exams and childcare. The experience of that internship provided the applicability of theory in practice, both in the internal environment of the unit and in the community, facilitating the understanding of programs and policies aimed at maternal and child health. It also provided the opportunity for academic leadership in the perspective of collaboration with services and care for the population.

**Conclusion:** The internship provided putting into practice technical-scientific and human skills, making it possible to experience different realities in the context of primary care.

### RESUMEN

**Objetivo:** Informar la experiencia de la pasantía en enfermería con énfasis en la salud maternoinfantil en el contexto de la atención primaria de salud.

**Métodos:** Informe de experiencia, producto de la pasantía supervisada realizada en una unidad básica de salud en Sobral, Ceará, en julio de 2019.

**Resultados:** A lo largo de la pasantía, se llevaron a cabo prácticas, directrices, prácticas de enfermería en el consultas gratuitas a demanda, programadas y en el hogar, como consultas prenatales, exámenes de prevención ginecológica y cuidado de niños. La experiencia de esa pasantía proporcionó la aplicabilidad de la teoría en la práctica, tanto en el entorno interno de la unidad como en la comunidad, facilitando la comprensión de los programas y políticas dirigidos a la salud maternoinfantil. También proporcionó una oportunidad para el liderazgo académico en la perspectiva de la colaboración con los servicios y la atención a la población.

**Conclusión:** La pasantía proporcionó la puesta en práctica de habilidades técnico-científicas y humanas, lo que permitió experimentar diferentes realidades en el contexto de la atención primaria.

<sup>1</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

### Como citar:

Sousa FW, Cavalcante FM, Oliveira JM, Amaral HR, Campos MP, Oliveira IK, et al. Estágio curricular em saúde materno-infantil: reflexões de acadêmicos de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021;12(1):179-84.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3309

## INTRODUÇÃO

O estágio curricular é um componente fundamental da formação em Enfermagem, que permite aos acadêmicos o desenvolvimento de habilidades e competências crítico-reflexivas específicas, bem como amplia a construção e consolidação do conhecimento, atrelando-se aos saberes e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>(1)</sup>

O estágio é essencial para que o estudante possa desenvolver suas potencialidades, de forma a fortalecer a construção de seu conhecimento através da autonomia, resolução de problemas, compreensão de procedimentos e habilidades para a prestação da assistência de acordo com as demandas e características dos serviços e da população de atuação, desenvolvendo a assistência de Enfermagem qualificada, autônoma e eficaz.<sup>(2)</sup>

Vale pontuar que, no Brasil, nos últimos 30 anos, ocorreram diversas mudanças no contexto assistencial, modificações essas que se relacionam ao aprimoramento das políticas de saúde e a expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora, coordenadora e promotora dos cuidados à saúde. Assim, faz-se importante refletir a respeito da efetivação dos serviços prestados, em especial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).<sup>(3)</sup>

Nessa perspectiva, o estágio na APS, voltado à assistência à saúde da mulher e da criança, torna-se fundamental para o conhecimento das políticas e programas de saúde materno-infantil, bem como para compreensão das atribuições ao exercício profissional do enfermeiro, proporcionando o desenvolvimento de ações junto aos serviços de saúde e oportunizando o enfoque crítico-reflexivo à formação de futuros enfermeiros preparados para atuar em diferentes contextos.

Destarte, à vista da importância das experiências do estágio curricular, torna-se imprescindível descrevê-las e refleti-las, o que se configura como fundamental para fomentar discussões sobre a formação e exercício profissional em Enfermagem, de modo a repensá-la e ressignificá-la para buscar estratégias de aprimoramento.

Assim, este estudo objetiva relatar a experiência do estágio curricular em Enfermagem, com ênfase na saúde materno-infantil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, delineado a partir das vivências no estágio supervisionado integrado dos módulos Atenção Básica à Saúde V e Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil, componentes da grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Os módulos supracitados são componentes do quinto semestre do curso de Enfermagem da instituição, compostos por temáticas direcionadas aos cuidados de enfermagem na promoção da saúde materna e infantil, a partir de uma abordagem humanizada da assistência à mulher no ciclo reprodutivo e gravídico-puerperal, ao recém-nascido, neonato e à criança, pautada na Sistematização da Assistência de Enfermagem e nas políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

As vivências de estágio foram realizadas em um Centro de Saúde da Família (CSF) em Sobral, Ceará. O referido CSF está localizado em um dos maiores bairros do município, apresenta uma ampla estrutura física e conta com quatro equipes de Saúde da Família.

A experiência se deu no mês de julho de 2019.

Os sujeitos envolvidos na experiência foram acadêmicos de Enfermagem da UVA e enfermeiros do referido CSF, sendo estes os preceptores dos estudantes durante o período de estágio.

A coleta das informações ocorreu por meio da observação participante e pelos registros no diário de campo das atividades realizadas no estágio, que posteriormente foram analisados, sistematizados e relatados. O diário de campo é um instrumento que permite a organização e sistematização de informações referentes a atividades realizadas em determinado setor ou serviço. Além disso, possibilita reflexão crítica a respeito do aprendizado adquirido com as experiências, sobre as limitações e necessidades de aprimoramento encontradas neste processo.<sup>(4)</sup>

Por se tratar de relato de experiência, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética, mas é norteado pela Resolução nº 466/2012, valendo-se dos princípios éticos de não maleficência, beneficência, sigilo e respeito.<sup>(5)</sup>

## Objetivo da experiência

Compreender a atuação e a prática do enfermeiro no contexto da assistência à saúde materno-infantil, no âmbito da ESF, proporcionando integração da teoria apreendida em sala de aula com a prática no campo de vivência de estágio.

## Descrição da experiência

Imersão no campo de estágio:

conhecendo a unidade de saúde

Os estudantes foram acolhidos pela gerente do CSF, que os apresentou aos demais profissionais; apresentou a estrutura, organização do serviço e o perfil dos usuários, com ênfase no público materno-infantil. Dialogou a respeito da finalidade do estágio e das competências a serem

desenvolvidas e, posteriormente, os estudantes se direcionaram aos consultórios de enfermagem.

Para a imersão no campo de estágio buscou-se realizar um diagnóstico situacional, a partir do processo de territorialização da unidade de saúde, objetivando compreender o cotidiano e a estruturação. Neste sentido, identificou-se as características do território e do processo de trabalho da unidade.

O processo de implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família no território onde está localizado o CSF, iniciou em abril de 1998, com a necessidade de equipes de saúde da família para atender a população do território, haja vista, o crescimento populacional, as extensões do espaço geográfico e as vulnerabilidades sociais alarmantes.

O referido serviço de saúde atende uma população de 11.836 habitantes, sendo 2.204 famílias cadastradas, das quais um quantitativo significativo vive em meio a condições de vulnerabilidades sociais. A unidade funciona pela manhã, das 7 às 11 horas e à tarde, das 13 às 17 horas, e conta com quatro equipes, para garantir atendimento à população.

Neste contexto, conhecer o território de atuação da equipe, a partir da territorialização foi importante para apreender o contexto sociocultural e econômico da população adscrita à unidade de saúde, além de possibilitar compreender o perfil dos usuários e o fluxo de atendimento do serviço de saúde. Assim, a territorialização constitui uma ferramenta fundamental para compreender a organização do processo de trabalho e das práticas de atenção à saúde na ESF.<sup>(6)</sup>

#### Saúde da mulher: consulta ginecológica, saúde sexual e reprodutiva

Na unidade em estudo, os serviços de enfermagem prestados à saúde da mulher seguem as diretrizes, políticas e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde no âmbito da APS, além de protocolos municipais. O planejamento das consultas e ações de Enfermagem voltadas para os programas de saúde da mulher se desenvolvem seguindo a agenda do serviço, isto é, para cada programa há um dia específico na semana para realização do atendimento de demanda livre, agendada e de retorno, buscando promover assistência integral, humanizada e acolhedora.

Diante disso, dentre os programas voltados para a saúde da mulher, tem-se a consulta voltada à saúde sexual e reprodutiva e a consulta ginecológica. A consulta ginecológica é uma ferramenta potencial para o rastreamento do câncer de colo de útero e de mama, devendo ser pautada na educação em saúde sobre os exames realizados e a promoção da segurança da paciente durante o procedimento, além de

oportunizar a prestação de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, como uso de anticoncepcionais e planejamento de gravidez.<sup>(7)</sup>

Durante o estágio, observou-se a procura de mulheres para a realização do exame de prevenção e em busca de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva. As consultas ginecológicas ocorriam às terças-feiras, no turno da tarde. Quanto à realização do exame Papanicolau e toque das mamas, destaca-se que eram prestadas orientações sobre prevenção do câncer de colo de útero e de mama, sobre prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, além disso, era operacionalizado o exame Papanicolau.

Foi possível também compreender as prescrições e condutas de Enfermagem quanto às orientações sobre sexualidade e reprodução, e aos medicamentos anticoncepcionais e para tratamento de IST. Identificou-se por parte de algumas usuárias a resistência para realização das consultas com a presença de estudantes do sexo masculino no consultório, o que trouxe um pouco de dificuldades no processo de ensino-aprendizagem durante a vivência prática.

A cada consulta, a enfermeira mostrava segurança na abordagem da paciente, bem como encorajava os estudantes na participação da realização do exame. Nos primeiros atendimentos atentou-se para as condutas e técnicas na realização do exame e, por seguinte, foram realizadas as primeiras práticas do exame. Pode-se compreender estratégias fundamentais para obter sucesso na realização do exame e das consultas, como postura coerente, demonstrar domínio e conhecimento do procedimento, possuir boa comunicação e empatia, e realizar o procedimento com competência e resolutividade.

Vale pontuar que também pode-se compreender alguns paradigmas que permeiam a realização do exame de prevenção ginecológica, relacionados ao estigma resultante de contágio por IST, medo da exposição do corpo e falta de confiança no profissional, fatores que ressaltam a importância do cuidado holístico que ultrapasse o mecanicismo da técnica, mas que perpassa os aspectos biológicos, emocionais, sociais e culturais das pacientes.

Corroborar-se, desta forma, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que pontua a necessidade de compreender os sujeitos por meio de abordagem holística e humanizada, para assim desenvolver um cuidado integral, que considere as dimensões biopsicossocial e cultural das mulheres acompanhadas.<sup>(8)</sup>

#### Saúde da criança: puericultura

A Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) se estrutura em diversos eixos, que buscam orientar as

práticas de atenção à saúde da criança. Nessa perspectiva, entende-se por atenção à saúde todas as ações que englobem o cuidado aos usuários dos serviços de saúde, incluindo a promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No que tange à saúde da criança, a consulta de enfermagem deve pautar-se em diversos aspectos como promoção da saúde, avaliação do crescimento e desenvolvimento, higiene, alimentação, prevenção de agravos e acidentes, além da avaliação do contexto social e familiar.<sup>(9)</sup>

No contexto do CSF, as consultas voltadas para saúde da criança ocorriam às quartas-feiras, no turno da tarde. Dentre as ações desenvolvidas junto à enfermeira, destaca-se as consultas de puericultura, em que foram prestadas orientações, manejos e condutas, conforme os protocolos e a caderneta da criança, bem como foram feitas prescrição dos principais medicamentos quando necessário, dos quais pode-se citar o sulfato ferroso profilático, para crianças acima de 24 meses. Pode-se perceber que os profissionais realizavam uma abordagem voltada ao binômio mãe-filho, em que as mães são participes no processo de atenção à saúde da criança e são empoderadas sobre os cuidados de seus filhos e de si mesmas.

Durante a vivência apreendeu-se a importância da puericultura como estratégia de cuidado preventivo, permitindo a avaliação integral e contínua da criança, detecção precoce de problemas de saúde e encaminhamentos para serviços especializados. Ademais, pode-se apreender e aprimorar habilidades de humanização, relacionamento interpessoal, postura profissional e fortalecimento da prática clínica do enfermeiro para o desenvolvimento da assistência à saúde da criança.

Neste processo, observou-se a falta de adesão das mães às consultas de puericultura, mesmo com consulta agendada e realização da busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde, muitas mães não compareciam à unidade de saúde, muitas vezes por estar em horário de trabalho ou horário escolar das crianças, e devido à distância do CSF, constituindo um desafio contínuo à promoção da saúde da criança que exige medidas eficazes de enfrentamento, como a puericultura coletiva desenvolvida no próprio território.

Pontua-se, portanto, que a falta à consulta de puericultura é aspecto importante para pensar e repensar o trabalho na ESF, promovendo o estímulo às equipes, para que tracem novas estratégias para organização da atenção à saúde da criança, de acordo com as características do território e da dinâmica de vida da população.<sup>(10)</sup>

Na abordagem à criança, a enfermeira atentava-se às técnicas semiológicas do exame físico, bem como às orientações fundamentais e particulares de cada etapa do crescimento e desenvolvimento da criança, sempre considerando o contexto social e econômico dos usuários. Observou-se um grande desafio à promoção do crescimento e do desenvolvimento saudável da criança: o consumo de alimentos não saudáveis, que resulta principalmente dos determinantes sociais e culturais da população, trazendo implicações desfavoráveis à saúde das crianças.

Deste modo, o enfermeiro deve desenvolver a consulta de puericultura de forma condizente com o contexto de vida da criança e de sua família, buscando atender às suas necessidades e expectativas, de maneira não impositiva, mas dialogada e compartilhada, sendo ainda necessário fomentar que os profissionais busquem ter um olhar sensibilizado da realidade sociocultural das famílias.<sup>(11)</sup>

Além da consulta individualizada, durante as vivências ocorreu a puericultura coletiva, estratégia fundamental para ampliar a assistência à saúde da criança, além de possibilitar a realização de educação em saúde para as mães. Na ocasião, foi organizado um momento de acolhida e escuta, com um ambiente lúdico, criativo e atrativo, para favorecer o desenvolvimento da puericultura, constituindo-se de um momento rico em aprendizado e troca de conhecimentos.

Pode-se apreender desta experiência que o grupo de puericultura é uma estratégia complementar para a promoção e prevenção da saúde da criança, que possibilita qualificar e ampliar a cobertura da assistência, assim como proporciona também o aprendizado coletivo das mães.

#### Saúde materno-infantil: pré-natal, puerpério e grupo de gestante

A atenção à saúde da materno-infantil constitui um desafio contínuo à ESF, uma vez que ainda persistem ações descontinuadas na assistência prestada a esse grupo populacional, sendo necessário reunir esforços para aprimorar a assistência à saúde e melhorar os índices cobertura da assistência e de morbimortalidade materna e infantil.<sup>(12)</sup>

Destarte, a atenção pré-natal é uma das mais importantes estratégias de atenção à saúde da mulher, envolve um conjunto de ações planejadas e articuladas para manter o acompanhamento periódico das gestantes, objetivando manter o desenvolvimento saudável da gestação e preparar as gestantes para o parto e puerpério, como também para os cuidados com o recém-nascido. Essa estratégia de cuidado oportuniza fortalecer a atenção à saúde

materno-infantil e contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil.<sup>(13)</sup>

Assim, enquanto direito da gestante, o pré-natal é um programa fortemente articulado na unidade. O acompanhamento da gestação é realizado por meio de consultas agendadas, intercaladas entre o enfermeiro e médico, tendo o ACS como mediador entre as demandas da unidade e a paciente. Durante as vivências foram realizados inúmeros atendimentos de pré-natal, desde a primeira consulta da gestante até consultas de gestantes em início de trabalho de parto.

Na consulta de pré-natal foram feitos testes rápidos para detecção de IST, realizada avaliação e orientações quanto ao desenvolvimento e as etapas da gestação. Neste contexto, foi possível compreender os aspectos que permeiam as consultas de pré-natal, como avaliação semiológica das gestantes, classificação de risco, exames de rotina, encaminhamentos para serviços especializados, acompanhamento de gestante com risco clínico e riscos sociais.

No CSF, outra estratégia importante é o grupo de gestante, espaço onde se desenvolvem ações educativas e de promoção à saúde. Durante as vivências, foi desenvolvida junto aos residentes de Saúde da Família uma ação voltada aos primeiros socorros, com ênfase nos casos de engasgo em recém-nascidos. Observou-se a pouca adesão das gestantes às ações do grupo, o que resultou principalmente da distância do domicílio à unidade e do clima local, mas o momento foi proveitoso e fundamental para o empoderamento não impositivo das mães sobre a temática.

À luz disso, as ações de educação em saúde para as gestantes são de fundamental importância, uma vez que oportunizam a aquisição de habilidades e de confiança durante e depois da gravidez, sendo potencializadas quando trabalhadas, por meio de grupos de promoção da saúde.<sup>(14)</sup>

Um fator preocupante é a não aderência às consultas de pré-natal por parte de algumas pacientes usuárias de drogas ilícitas, sendo, muitas vezes, necessária a consulta de pré-natal no território da unidade, por meio das consultas domiciliares, que são alternativas complementares para promover assistência às gestantes de risco social, sendo um imenso desafio aos profissionais devido às características do território.

Durante as vivências, realizou-se visitas puerperais junto com a enfermeira e com o ACS. Na oportunidade, realizou-se orientações e condutas voltadas para a promoção do aleitamento materno e da saúde da puérpera, como educação em saúde com os familiares sobre os cuidados com a puérpera e com o recém-nascido.

Salienta-se que a atenção ao puerpério constitui de suma importância, à medida que esta fase é composta de riscos à saúde, sendo os cuidados de enfermagem fundamentais no processo de recuperação da puérpera, nos aspectos físicos e emocionais e na prevenção de complicações e problemas com a amamentação.<sup>(13)</sup>

Associado a isto está a promoção do aleitamento materno, como estratégia de favorecimento do crescimento e desenvolvimento saudável do recém-nascido, promovendo a prática do aleitamento materno como um cuidado prazeroso, que exige esforço e dedicação, cabendo ao profissional transmitir segurança, esclarecer dúvidas, ajudar na resolução de problemas e na tomada de decisões relacionadas à amamentação.<sup>(15)</sup>

#### Roda de matriciamento: discutindo sobre gestantes usuárias de droga

A equipe de estudantes participou do matriciamento desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por enfermeira, ACS, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional. No matriciamento foram discutidos os casos de gestantes em situação de vulnerabilidade social, principalmente de usuárias de drogas ilícitas. A partir disso, foram traçadas pela equipe algumas estratégias para enfrentamento e resolução dos casos.

O matriciamento é uma prática cooperativa que visa ampliar e potencializar o cuidado integral, estimulando a produção de saúde e fortalecendo o relacionamento entre as equipes, através de discussão de casos complexos e elaboração de estratégias de enfrentamento e resolução, na perspectiva multiprofissional.<sup>(16)</sup>

A participação no matriciamento possibilitou compreender o trabalho em equipe no âmbito da ESF, no qual são integrados os cuidados de cada profissional, de forma a proporcionar uma assistência multi e interprofissional holística aos pacientes, ressaltando-se o papel singular e colaborativo de cada profissional no processo de trabalho na assistência à saúde.

#### **Principais resultados alcançados**

O estágio em saúde materno-infantil na APS, no âmbito da ESF, constituiu-se de fundamental importância para o desenvolvimento do protagonismo, de competências, atitudes e habilidades necessárias à prática profissional autônoma, resolutiva, qualificada e holística comprometida com o SUS. Pode-se compreender como a assistência de Enfermagem às gestantes de risco habitual, clínico e social, à puérpera, ao recém-nascido e à criança é desenvolvida e quais os fundamentos e estratégias que a norteiam.

Como limitações aponta-se o pouco tempo de estágio na unidade de saúde, além da não descrição, neste estudo, de outras experiências desenvolvidas com outros perfis de usuário, uma vez que o estudo foca na assistência à saúde materno-infantil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência proporcionou a aplicabilidade da teoria na prática, tanto no ambiente interno da unidade como na comunidade, facilitando a compreensão dos programas e políticas voltados à saúde materno-infantil. Assim, espera-se fomentar a importância do estágio supervisionado como

ferramenta potencial na formação acadêmica e profissional, além de estimular novas discussões e reflexões sobre a formação em enfermagem e o exercício profissional do enfermeiro, de forma a ressignificá-los e aprimorá-los.

## Contribuições

Concepção e/ou desenho, redação e revisão crítica do artigo: Francisco Willian Melo de Sousa, Francisco Marcelo Leandro Cavalcante, Hiara Rose Moreno Amaral, Marcos Pires Campos, Ingrid Kelly Morais Oliveira, Tatiane de Sousa Paiva, Gabriela Marques Marinho. Revisão, redação e aprovação final do artigo: Jade Maria Albuquerque de Oliveira.

## REFERÊNCIAS

1. Ramos TK, Nietzsche EA, Cogo SB, Cassenote LG, Böck A, Martins FS. Estágio curricular supervisionado e a formação do enfermeiro: atividades desenvolvidas. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(1):59-71.
2. Silva TG, Marchioro D, Ceratto P, Bittencourt JV, Martini JG, Silva CC. Estágio curricular supervisionado: relato dos desafios encontrados pelos (as) estudantes. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2017;21(2):119-22.
3. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PV, Aquino EM, Barreto ML, Barros F, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1915-28.
4. Soares AN, Silveira AP, Silveira BV, Vieira JS, Souza LC, Alexandre LR, et al. O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2010;13(4):665-70.
5. Brasil. Ministério da saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2020 Dez 10]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
6. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;8(3):387-406.
7. Dantas PV, Leite KN, César ES, Silva SC, Souza TA, Nascimento BB. Women's knowledge and factors of not adherence to the pap smear examination. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(3):684-91.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [citado 2020 Dez 10]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).
9. Sobral MG, Pessoa VL, Florêncio RS, Solon AA, Bento JN, Cestari VR, et al. Essential elements of the child and adolescent nursing consultation. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(12):3464-75.
10. Brígido AF, Santos EO, Prado EV. Qualification of the Childcare Approach: an Intervention in the Family Health Strategy. *Rev Fund Care Online*. 2019;11(supl):448-54.
11. Góes FG, Silva MA, Paula GK, Oliveira LP, Mello NC, Silveira SD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl. 6):2808-17.
12. Cruz MJB, Santos AF, Araújo LH, Andrade EI. A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):e00004019.
13. Bortoli CF, Poplaski JF, Balotin PR. A amamentação na voz de puérperas primíparas. *Enferm Foco*. 2019;10(3):99-104.
14. Matos GC, Demori CC, Escobal AP, Soares MC, Meincke SM, Gonçalves KM. Groups of pregnant women: space for a humanization of labor and birth. *Rev Fund Care Online*. 2017;9(2):393-400.
15. Chaves AF, Ximenes LB, Rodrigues DP, Vasconcelos CT, Monteiro JC, Oriá MO. Telephone intervention in the promotion of self-efficacy, duration and exclusivity of breastfeeding: randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2019;27:e3140.
16. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de Enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco*. 2019;10(7):121-6.

## AMPLIANDO CONHECIMENTOS SOBRE A PRÁTICA DAS INTERVENÇÕES ASSISTIDAS POR ANIMAIS A PARTIR DE OFICINAS INTERATIVAS

EXPANDING KNOWLEDGE ABOUT THE PRACTICE OF ANIMAL-ASSISTED INTERVENTIONS FROM INTERACTIVE WORKSHOPS

EXPANDIENDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LA PRÁTICA DE INTERVENCIÓNES ASISTIDAS POR ANIMALES DE TALLERES INTERACTIVOS

Viviane Ribeiro Pereira<sup>1</sup>

Valéria Cristina Christello Coimbra<sup>1</sup>

Márcia de Oliveira Nobre<sup>1</sup>

Camila Moura de Lima<sup>1</sup>

Carolina da Fonseca Sapin<sup>1</sup>

Fernanda Dagmar Martins Krug<sup>1</sup>

Sabrina de Oliveira Capella<sup>1</sup>

Débora Matilde de Almeida<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-5553-4056>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5327-0141>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3284-9167>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9306-705X>)

(<https://orcid.org/0000-0002-2757-6355>)

(<https://orcid.org/0000-0001-9123-9399>)

(<https://orcid.org/0000-0001-8252-2096>)

(<https://orcid.org/0000-0002-3640-1696>)

### Descritores

Terapia assistida por animais;  
Educação em saúde; Oficinas;  
Métodos; Promoção da saúde

### Descriptors

Animal-assisted therapy; Health  
education; Workshops; Methods;  
Health promotion

### Descriptores

Terapia asistida con animales;  
Educación en salud; Talleres de  
trabajo; Métodos; Promoción de la  
salud

### Recibido

23 de Maio de 2020

### Aceito

12 de Fevereiro 2021

### Conflitos de interesse

nada a declarar.

### Autor correspondente

Viviane Ribeiro Pereira

E-mail: [viviane.ribeiropereira@gmail.com](mailto:viviane.ribeiropereira@gmail.com)

### RESUMO

**Objetivo:** O presente artigo tem como propósito relatar a experiência vivenciada por integrantes da equipe do Projeto Pet Terapia da Universidade Federal de Pelotas no planejamento e desenvolvimento de oficinas interativas sobre a temática das Intervenções Assistidas por Animais.

**Métodos:** As oficinas ocorreram durante os encontros promovidos pela Universidade Federal de Pelotas, respectivamente nos anos de 2017, 2018 e 2019. Participaram discentes da graduação, pós-graduandos, docentes e comunidade universitária em geral. Ministradas de forma expositiva e interativa, com apresentações de tópicos e imagens de vivências do Pet Terapia, além da interação dos participantes com cães coterapeutas do projeto.

**Resultados:** A ampliação do entendimento com relação às Intervenções Assistidas por Animais em que se utilizou a metodologia de oficina interativa apontaram que os participantes compreenderam essa abordagem terapêutica como estratégia passível de ser incorporada aos cuidados de saúde por equipe multidisciplinar.

**Conclusão:** Conclui-se que, a realização de oficinas interativas contribui para facilitar a ampliação do conhecimento da comunidade acadêmica e profissionais de saúde sobre as Intervenções Assistidas por Animais como prática complementar de cuidado em saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** The purpose of this article is to report the experience lived by the team that is part of the Pet Terapia project at the Federal University of Pelotas in the planning and development of interactive workshops on the theme of Animal-Assisted Interventions.

**Methods:** The workshops took place during the meetings promoted by the Federal University of Pelotas, respectively in the years 2017, 2018 and 2019. Undergraduate students, graduate students, teachers and the university community in general participated. Taught in an expository and interactive way, with presentations of topics and images of Pet Terapia experiences, in addition to the interaction of participants with dogs co-therapists of the project.

**Results:** The broadening of the understanding in relation to the Animal-assisted interventions in which the interactive, workshop methodology was used pointed out that the participants understood this therapeutic approach as a strategy capable of being incorporated into health care by a multidisciplinary team.

**Conclusion:** It is concluded that, the realization of interactive workshops contribute to facilitate the expansion of the knowledge of the academic community and health professionals about Animal-assisted interventions as a complementary health care practice.

### RESUMEN

**Objetivo:** El propósito de este artículo es informar la experiencia vivida por el equipo que forma parte del proyecto Pet Terapia en la Universidad Federal de Pelotas en la planificación y desarrollo de talleres interactivos sobre el tema de las Intervenciones Asistidas por Animales.

**Métodos:** Los talleres tuvieron lugar durante las reuniones promovidas por la Universidad Federal de Pelotas, respectivamente, en los años 2017, 2018 y 2019. Participaron estudiantes de pregrado, estudiantes de posgrado, docentes y la comunidad universitaria en general. Impartido de forma expositiva e interactiva, con presentaciones de temas e imágenes de las experiencias de Pet Terapia, además de la interacción de los participantes con los perros co-terapeutas del proyecto.

**Resultados:** La expansión de la comprensión con respecto al intervenciones asistidas por animales en el que se utilizó la metodología del taller interactivo, señaló que los participantes entendieron este enfoque terapéutico como una estrategia que podría ser incorporada a la atención médica por un equipo multidisciplinario.

**Conclusión:** Se concluye que la realización de talleres interactivos contribuye a facilitar la expansión del conocimiento de la comunidad académica y los profesionales de la salud acerca de las Intervenciones Asistidas por Animales como práctica complementaria de cuidado de la salud.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas, Pelotas RS, Brasil.

### Como citar:

Pereira VP, Coimbra VC, Nobre MO, Lima CM, Sapin CF, Krug FD, et al. Ampliando conhecimentos sobre a prática das intervenções assistidas por animais a partir de oficinas interativas. *Enferm Foco*. 2021;12(1):185-90.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3874

## INTRODUÇÃO

A interação homem/animal desperta interesse de pesquisadores da saúde e áreas afins, que buscam identificar os potenciais benefícios dessa relação para a saúde humana. Alguns estudos identificaram mecanismos envolvidos nesse processo que promovem sensações de prazer e bem-estar, como redução significativa de cortisol (hormônio relacionado ao estresse), aumento da ocitocina (hormônio relacionado ao prazer, estimula a afetividade), tanto na pessoa que recebe a intervenção quanto no animal envolvido na atividade, comparando parâmetros antes e após a intervenção com cães de terapia.<sup>(1)</sup>

Nesse sentido, as Intervenções Assistidas por Animais (IAAs) podem vir beneficiar crianças, jovens e adultos na promoção de saúde e bem-estar destes.<sup>(2)</sup> IAAs são programas que incluem animais como facilitadores do processo terapêutico em benefício da saúde, podendo ser implementadas em instituições, escolas e outros locais que prestam serviços de saúde, lazer e educação.<sup>(2)</sup>

São abordagens, onde o vínculo com os animais influencia de forma positiva sobre a qualidade de vida dos assistidos, desenvolvidas e acompanhadas por profissionais devidamente capacitados, com objetivo de promover o desenvolvimento físico, psíquico, cognitivo e social dos pacientes que necessitam de tais cuidados.<sup>(2,3)</sup>

As IAAs podem ser classificadas em três categorias distintas, classificadas como: Terapia Assistida por Animais (TAA), que são intervenções direcionadas para promover a melhora física e social, por meio de atividades pré-estabelecidas para cada situação específica, envolvendo diretamente um profissional da saúde; a Atividade Assistida por Animais (AAA) caracterizada por atividades lúdicas de recreação, com finalidade de promover melhora emocional e motivacional das pessoas assistidas; Educação Assistida por Animais (EAA) utilizada na educação pedagógica de crianças com dificuldades de aprendizagem.<sup>(4)</sup>

Para que as atividades sejam desenvolvidas com segurança e eficácia, é necessário que uma equipe multidisciplinar esteja envolvida, mais precisamente, o ideal é que esta equipe seja composta por veterinários, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, trabalhando em conjunto, para planejamento, acompanhamento e aplicação da abordagem mais adequada a cada tipo de paciente, bem como acompanhar as atividades e o bem-estar dos animais e dos pacientes.<sup>(2)</sup>

Na Enfermagem e em outras áreas no campo da saúde, as intervenções com animais, principalmente com o cão de terapia, vêm sendo bastante utilizada, particularmente em ambientes hospitalares, como prática avançada de

cuidado, na promoção do bem-estar de crianças hospitalizadas e suas famílias, amenizando o estresse por meio de um ambiente lúdico e acolhedor, sendo animal um facilitador do processo terapêutico.<sup>4-5</sup> O contato com os animais promove melhora no humor, estimula afetividade, promove interação social, auxilia no enfrentamento das emoções negativas e proporciona experiências agradáveis, vindo ser uma terapia complementar às terapias tradicionais.<sup>(1)</sup>

Essas abordagens são bastante utilizadas em países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Portugal, Itália, onde animais co-terapeutas são integrantes de equipes de saúde, bem como auxiliam em escolas e universidades, prestando atendimento de apoio emocional a estudantes e professores.<sup>(6)</sup>

Na Universidade Federal de Pelotas-RS (UFPel), existe desde 2006 o projeto Pet Terapia da Faculdade de Veterinária, que desenvolve Intervenções Assistida por cães em instituições de saúde, hospitais e escolas da rede municipal de ensino da região.<sup>(2,5,7,8)</sup>

Oriundos desse projeto,<sup>(2)</sup> muitas pesquisas têm sido desenvolvidas por discentes da UFPel (graduandos e pós-graduandos), dentre as quais podemos destacar: Trabalhos de Conclusão de Curso, Trabalho de Conclusão de Residência em Pet Terapia, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado com pesquisas em Enfermagem, Veterinária e outras áreas da saúde. Com isso, entende-se que associar o conhecimento teórico e o prático é fundamental para o sucesso das IAAs como abordagem de cuidado.

Assim, propor estratégias de integração, através de oficinas expositivas e interativas em locais oportunos como na universidade, torna-se importante meio de divulgação dessas intervenções, pois são espaços que oportunizam trocas de experiência, reflexões, vivências e construção do conhecimento com ênfase na ação, mantendo a base teórica.<sup>(9)</sup>

Entendemos aqui, a oficina interativa como um dispositivo importante para organização e divulgação do conhecimento científico adquirido pela equipe do projeto Pet Terapia, além do que, trata-se de uma estratégia com potencial para engajamento e participação ativa dos participantes, com incremento motivador, com a participação dos cães coterapeutas. Desta forma, a oficina torna-se útil para ser utilizada nas áreas da saúde, educação e em ações comunitárias.<sup>(10)</sup>

O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência vivenciada por integrantes da equipe do Projeto Pet Terapia da Universidade Federal de Pelotas, no planejamento e desenvolvimento de oficinas interativas sobre a temática das Intervenções Assistidas por Animais, bem como, refletir a relevância deste método interativo para ampliação do

conhecimento sobre as IAAs como prática complementar de cuidado em saúde. As oficinas foram projetadas, elaboradas e ministradas por doutorandas, residentes e docentes das áreas da Enfermagem e Medicina Veterinária, que integram o Projeto Pet Terapia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo que consiste em relatar a experiência vivenciada por integrantes da equipe do Projeto Pet Terapia da Universidade Federal de Pelotas, no planejamento e desenvolvimento de oficinas interativas sobre a temática das Intervenções Assistida por Animais.

As oficinas interativas ocorreram no campus da Universidade Federal de Pelotas, localizado ao Sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

As oficinas foram ministradas em períodos distintos, respectivamente entre os anos de 2017 e 2019, durante encontros científicos promovidos pela Universidade Federal de Pelotas - III e IX Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão (esse evento ocorre anualmente na universidade), I Encontro de bolsistas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFPel, encerramento do ano letivo na faculdade de Enfermagem (2018), e I Encontro de Redes Vivas, Quentes e Afetivas em Saúde Mental (2019) - totalizando quatro oficinas.

Os sujeitos envolvidos na experiência são expertises na área de Intervenções Assistidas por Animais, composta por três doutorandas (uma da Enfermagem e duas da Medicina Veterinária), três residentes do Pet Terapia (Medicina Veterinária) e duas docentes dos cursos de Enfermagem e Medicina Veterinária, que integram do Projeto Pet Terapia.

A equipe caracteriza-se por ser multiprofissional, envolvendo diversas áreas como Medicina Veterinária, Zootecnia, Enfermagem e Psicologia. As atividades desenvolvidas ocorrem semanalmente em instituições da cidade de Pelotas abrangendo um público diversificado de assistidos: pacientes hospitalizados (crianças e adultos), crianças com transtorno do espectro autista, déficit intelectual e/ou problemas psiquiátricos.<sup>(2)</sup>

Para realização das visitas participam cães coterapeutas do Pet Terapia. A fim de garantir a saúde dos animais são realizados frequentemente exames clínicos e de rotina (hematológico, bioquímico, coproparasitológico e de imagem) além do protocolo higiênico-sanitário que consiste em banhos semanais, tosa higiênicas, corte de unhas, escovação dentária diária, controle de endo e ectoparasitas e vacinação anual. Para capacitá-los para as visitas, os cães coterapeutas são treinados diariamente

pelos colaboradores do projeto. Os treinamentos são estruturados em três etapas, sendo estas passeio higiênico, caminhada e treinamento específico, que inclui comandos básicos, dessensibilização sonora e ao contato físico, adaptação, socialização com outros cães e pessoas e melhora na aptidão individual do cão.

O projeto Pet Terapia<sup>2</sup> possui aprovação no Conselho Coordenador do Ensino, da Pesquisa e da Extensão/UFPel (COCEPE) registrado sob número 199. A inclusão dos participantes externos foi voluntária, sendo esclarecida anteriormente as atividades e os métodos ocorridos na oficina. A fim de manter os preceitos éticos e a individualidade dos participantes, estes não foram identificados e suas imagens não foram divulgadas.

## OBJETIVO DA EXPERIÊNCIA

As oficinas tiveram por objetivo propiciar à comunidade acadêmica e profissionais da saúde a ampliação do conhecimento sobre as Intervenções Assistidas por Animais como uma prática complementar de cuidado em saúde, bem como propiciar momentos de descontração e alívio do estresse por meio do contato com os cães coterapeutas.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

### Fase do planejamento

**Primeira oficina:** A iniciativa da primeira oficina de IAAS surgiu a partir da proposta realizada pela comissão organizadora da III Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão, no ano de 2017, através de edital publicado na página do evento que solicitava à comunidade acadêmica enviar propostas de oficinas para compor a grade de programação do evento. Buscando atender este edital, elaborou-se uma proposta de oficina interativa que contemplou na sua estrutura de planejamento: Introdução, público alvo, objetivo, metodologia, justificativas e resultados.

**Segunda oficina:** Estimulados pelos resultados da primeira oficina, no ano de 2018 a equipe enviou uma nova proposta para a IX Semana Integrada de Ensino, Pesquisa e Extensão (esse evento ocorre anualmente na universidade). Para isso seguiu-se o mesmo critério de envio da proposta, novamente sendo aceita pela comissão organizadora.

**Terceira oficina:** Realizada no encerramento do ano letivo do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. O Pet Terapia foi convidado a realizar a oficina com os cães coterapeutas, para promover bem-estar e descontração no ambiente acadêmico e compartilhar as atividades realizadas nas instituições, que contribuiu para reflexão sobre a

contribuição desses projetos de extensão da universidade na promoção da saúde e bem estar na comunidade.

**Quarta oficina:** ocorreu durante o I Encontro de Redes Vivas, Quentes e Afetivas em Saúde Mental, no ano de 2019, contemplou o cuidado na rede de atenção psicossocial infantojuvenil e as intervenções mediadas por animais na saúde mental da criança.

As quatro oficinas seguiram a mesma lógica de organização. Como estratégia para o planejamento das atividades interativas, primeiramente realizou-se reuniões com os integrantes da equipe do Pet Terapia para definirmos metas e objetivos a serem alcançados, bem como a estrutura organizacional a ser seguida, contemplando: metodologia a ser utilizada; desenvolvimento das atividades e resultados esperados. Essas reuniões aconteceram na sede do projeto, na Faculdade de Veterinária.

O trabalho em equipe facilitou o processo de tomada de decisão, coletivamente, foi possível pensarmos estratégias de abordagem e captação dos convidados, para tornar a oficina um momento de aprendizado e troca de experiências, em ambiente acolhedor, lúdico e prazeroso.

Assim, todos os detalhes foram criteriosamente pensados para esse propósito, o tapete colorido para que os cães e os participantes pudessem sentar, os brinquedos, a disposição das cadeiras na sala, as canetinhas coloridas, as folhas de papel A4, o papel pardo para realização de um painel ao final, que seria sugerido pela equipe ao grupo, o convite, o cartaz exposto no local do evento e os brindes. E ainda deixar disponível aos participantes folhas de papel ofício e canetas para que no final da atividade pudessem expor suas impressões sobre a oficina.

O público alvo das oficinas contemplou a comunidade universitária (graduandos, pós-graduandos, docentes), convidados a participar de forma espontânea e gratuita. A divulgação das oficinas foi feita por meio de mídias sociais (evento em *facebook*) e na página dos eventos pela comissão organizadora e por meio de folders afixados no mural da faculdade. Foi estipulado número máximo de 20 participantes por oficina e as inscrições foram realizadas no local do evento. Cada oficina contava com a colaboração de quatro cães coterapeutas.

As oficinas foram ministradas de maneira expositiva, com apresentação de imagens em projetor multimídia das vivências do Pet Terapia, em parceria com os cursos de enfermagem, psicologia e medicina (UFPEL). As facilitadoras também utilizaram abordagens práticas de IAAS, aproximando os participantes às rotinas cotidianas desenvolvidas pelo projeto em instituições de saúde e educação na cidade, integrando conhecimentos teóricos, práticos e

empíricos nessa construção. Duração aproximada de cada oficina: duas horas.

## Fase do desenvolvimento

### Primeiro momento-Teoria

As oficinas foram moderadas pelas facilitadoras utilizando-se as seguintes estratégias de organização:

- Organização da sala com as cadeiras em círculo, de maneira que todos pudessem ter uma visão ampla do grupo;
- Acolhimento e recepção dos participantes;
- Organização de uma roda de conversa;
- Apresentação da equipe e dos cães coterapeutas, expondo os objetivos da oficina,
- Apresentações individuais dos participantes, com relato breve sobre as expectativas e interesse de cada um com a atividade;
- Momento de formação de vínculo e sensibilização dos participantes com os cães coterapeutas, através toque e gestos de afeto;
- Apresentação da fundamentação teórica com assuntos referentes à temática, subdivido em três eixos: O contexto histórico das atividades mediadas por cães; Os cães de terapia e os benefícios desta abordagem-apresentação de resultados de pesquisas científicas; O perfil do cão de coterapeuta, seleção e treinamento, assim como se deve conduzir uma sessão de atividade mediada por animais.
- Primeira etapa com duração aproximada de 50 minutos.

Todos integrantes da equipe tiveram oportunidade para explanar suas experiências em suas áreas de atuação junto ao Pet Terapia

### Segundo momento-Prática

Na continuidade, realizamos o segundo momento da oficina, com a execução prática das atividades propostas. Foram momentos mais interativos e dinâmicos, onde eram oportunizadas caminhadas com os cães na guia pelos corredores e o pátio da universidade, simulando atividades do cotidiano do Pet Terapia nas instituições. Os participantes puderam aprender alguns comandos básicos, os quais são utilizados nas intervenções, como senta, dá a pata e deita. Essas são atividades desenvolvidas nas IAAs que tem como objetivo trabalhar o desenvolvimento intelectual/cognitivo dos assistidos e aspectos emocionais destes, ilustrado na figura 1.

Foi proposto um momento de recreação, onde os participantes puderam acariciar e tirar fotos com os cães. Essa etapa teve duração de aproximadamente 50 minutos.



**Figura 1.** Momento lúdico- simulação dos atendimentos do Pet Terapia

### Avaliação das atividades

Para avaliação da efetividade das oficinas, foi solicitado aos participantes relatar por escrito suas percepções sobre o desenvolvimento da atividade, apontando o que representou participar daquele momento. Buscou-se com isso, identificar e avaliar as atividades desenvolvidas durante as oficinas, para aprimoramento das próximas atividades. Encerramento da oficina: criação e exposição de trabalhos artísticos pelos participantes, simulando a prática de atividade que se desenvolve nas instituições assistidas, figura 2.



**Figura 2.** Trabalho artístico- atividades de IAA

### PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Os quatro encontros, com duração de duas horas cada um, totalizaram 8 horas de atividade interativa ministrada. Inicialmente foram registrados aproximadamente 15 a 20 inscritos em cada oficina. Verificou-se, que os participantes não possuíam conhecimentos prévios sobre técnica terapêutica, porém mostraram-se bastante entusiasmados e

interessados na aprendizagem, os participantes se envolveram de maneira interativa, participativa e lúdica.

Os assuntos abordados e o modo como o grupo conduziu a dinâmica, gerou um espaço interessante para a discussão e reflexão sobre as intervenções com animais de terapia em benefício da saúde humana. As dinâmicas das oficinas mostraram-se eficientes para proporcionar um conhecimento mais específico à profissionais da área da saúde, promovendo a capacidade desses profissionais de utilizarem essas evidências científicas na tomada de decisão e no cuidado ao paciente sob seus cuidados.<sup>(11,12)</sup>

Dessa forma, observa-se que as ações desenvolvidas durante esse período e a vivência com o processo de elaboração e construção da oficina motivou a equipe do Pet Terapia, foi um momento rico para todos os envolvidos. A didática utilizada para apresentação das oficinas foi participativa e democrática, abriu-se um espaço para que os participantes pudessem trocar ideias, apontar lacunas do conhecimento que precisam ainda ser debatidas, além de pontuar aspectos positivos e negativos da modalidade de oficina para expor a temática das IAAs.

A partir da primeira oficina interativa, foi possível identificar as fragilidades da abordagem utilizada pela equipe durante as dinâmicas e as potencialidades que mereciam ser reforçadas a cada encontro. Percebe-se que o diálogo entre equipe e troca de experiência entre os facilitadores/integrantes do Pet Terapia e os participantes da oficina favoreceu a reflexão sobre as intervenções assistidas por animais e os benefícios desta abordagem terapêutica na promoção da saúde humana<sup>1</sup>, abrindo-se espaços para expor comentários, dúvidas e sugestões. Nessa construção de saberes e práticas, a elaboração que se busca na oficina não se restringe à reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.<sup>(10)</sup>

A partir dos relatos dos participantes da oficina, foi possível avaliarmos o desenvolvimento das oficinas, o planejamento e na elaboração das atividades, possibilitando a equipe traçar novas estratégias para qualificar oficinas futuras, com elaboração propostas instigantes para alcançar o público interessado pela temática e atender expectativas dos grupos.<sup>(10)</sup>

Dentre esses relatos, podemos destacar os elogios feitos pelos participantes à realização da oficina, e a solicitação para outros encontros com os cães coterapeutas. Cabe salientar, que a presença dos animais nas oficinas foi um diferencial importante e atrativo, que valorizou o momento, proporcionando alívio do estresse, da ansiedade e promovendo bem-estar a todos envolvidos.

Os resultados sobre a ampliação do entendimento com relação às IAAS em que se utilizou a metodologia de oficina

interativa apontaram que os participantes compreenderam essa abordagem terapêutica como estratégia passível de ser incorporada aos cuidados de saúde por equipe multidisciplinar.

Constata-se, que em relação ao uso de oficinas interativas para promoção do conhecimento no campo da saúde, torna-se uma oportunidade para que pós-graduandos e docentes desenvolvam habilidades criativas no contexto universitário, rompendo com a fragmentação do saber e do tecnicismo nas formas de transmitir o conhecimento. Isso permite a expressividade, desenvolvimento de competências e habilidades que contribui para a formação de profissionais criativos na arte do cuidar.<sup>(13)</sup>

Essa experiência vivenciada na elaboração e desenvolvimento das oficinas fortaleceu a interação entre o grupo, por meio de discussões, reflexões, críticas construtivas, trocas de experiência e trabalho colaborativo, despertando a autoconfiança do grupo para desenvolver novas oficinas interativas em outros espaços com a temática das IAAS.

Como limitações do estudo pontuamos apenas o período de tempo para o desenvolvimento das atividades da oficina, que se tornou relativamente reduzido para abordar todos os tópicos importantes relacionados à temática e propor as atividades práticas concomitantemente.

Espera-se que o estudo possa contribuir com outros profissionais da saúde na melhoria de suas práticas assistenciais e no desenvolvimento de oficinas interativas com dinâmicas de grupo como método de trabalho e cuidado em saúde, seja na pesquisa ou em grupos terapêuticos, como em grupo de gestantes, de idosos, tabagistas e na saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a realização de oficinas interativas contribui para facilitar a ampliação do conhecimento da comunidade acadêmica e profissionais de saúde sobre as IAAs e sua relevância como prática complementar de cuidado em saúde, servindo como incremento e incentivo para futuras pesquisas na área, além de agregar, facilitar e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem no campo da Enfermagem e na saúde.

### Agradecimentos

Agradecimentos à CAPES, FAPERGS e ao MEC pela concessão das bolsas de estudo às pós-graduandas, contribuir com o desenvolvimento dos estudos e tornando possível essa experiência. Aos patrocinadores Dasppet, Hill's, Ibasas, Importadora Bagé, Vetlog, Zoetis, Agener União e Virbac pelo auxílio ao Projeto Pet Terapia.

### Contribuições

Viviane Ribeiro Pereira: Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação final; Valéria Cristina Christello Coimbra: Revisão crítica e aprovação da versão final; Márcia de Oliveira Nobre: Revisão crítica e aprovação da versão final; Camila Moura de Lima: Redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final; Carolina da Fonseca Sapin: Redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final; Fernanda Dagmar Martins Krug: Redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final; Sabrina de Oliveira Capella: Revisão crítica e aprovação da versão final; Débora Matilde de Almeida: Redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

## REFERÊNCIAS

1. Crossman MK, Kazdin AE, Matijczak A, Kitt E, Santos LR. The influence of interactions with dogs on affect, anxiety, and arousal in children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;49(4):535-48.
2. Nobre MO, Krug FD, Capella SO, Pereira VR, Nogueira MT, Caniellas C, et al. Projeto Pet Terapia: Intervenções Assistidas por Animais: uma prática para o benefício da saúde e educação humana. *Expr Ext.* 2017;22(1):78-89.
3. Therapy Dogs: Preventing Stress and Fatigue, Promoting Welfare [Internet]. Available from: <https://iaabcjournal.org/issue/issue-12/>
4. Intervenciones asistidas con perros en pediatría: Ámbitos de intervención en el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona [Internet]. Available from: [https://www.purina.es/juntos-mejor/\\_pdf/Informe\\_PURINA\\_castellano.pdf](https://www.purina.es/juntos-mejor/_pdf/Informe_PURINA_castellano.pdf)
5. Pereira VR, Nobre MO, Capella S, Vieira AC. Interação lúdica na Atividade Assistida por cães em pediatría. *Enferm Foco.* 2017;8(1):7-11.
6. Bergen CW. Emotional Support Animals, Service Animals, and Pets on Campus. *Journal: Connecting Education, Practice, and Research.* 2015;5(1):15-34.
7. Krug FD, Lima CM, Pereira VR, Rodrigues MR, Mechereffe BM, Capella SO, Nobre MO. Intervenções Assistidas por Animais em pacientes com transtornos mentais. *Braz J Health Rev.* 2019;2(6):4926-36.
8. Lima CM, Krug FD, Bender DD, Rodrigues MR, Mechereffe BM, Vieira AC, et al. Intervenções Assistida por Animais realizadas em ambiente hospitalar na promoção do cuidado com a vida. *Expr Ext.* 2018;23(2):89-95.
9. Paviani NM, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura: Filos Educ.* 2009;14(2):78-88.
10. Afonso ML (Org.). *Oficinas – Em dinâmica de grupos na área da saúde.* 2a ed. São Paulo: Casa do psicólogo; 2010.
11. Vergilio MS, Toledo VP, Silva EM. Workshops as a democratic proposal in order to change the supervision work in nursing. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(4):2050-4.
12. Yost J, Ciliska D, Dobbins M. Evaluating the impact of an intensive education workshop on evidence-informed decision making knowledge, skills, and behaviours: a mixed methods study. *BMC Med Educ.* 2014;17:13-4.
13. Silva O, Alves ED, Rodrigues MC. Perfil criativo docente-discente: influência no ensino, habilidades e atitudes da enfermagem. *Enferm Foco.* 2016;7(1):47-51.

## REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA TORÁCICA E ABDOMINAL

RESPIRATORY REHABILITATION FOR PATIENTS SUBMITTED TO THORACIC AND ABDOMINAL SURGERY

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PARA PACIENTES SUJETOS A CIRUGÍA TORÁCICA Y ABDOMINAL

Simony Fabiola Lopes Nunes<sup>1</sup>

Livia Maia Pascoal<sup>1</sup>

Pedro Martins Lima Neto<sup>1</sup>

Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos<sup>2</sup>

Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira<sup>1</sup>

Anderson Gomes Nascimento Santana<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0003-4613-8542>)

(<https://orcid.org/0000-0003-0876-3996>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5711-6280>)

(<https://orcid.org/0000-0003-3036-7631>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8982-9549>)

(<https://orcid.org/0000-0001-5209-2187>)

### Descritores

Ensino; Complicações pós-operatórias; Assistência perioperatória; Exercícios respiratórios; Práticas interdisciplinares

### Descriptors

Teaching; Postoperative complications; Perioperative care; Breathing exercises; Interdisciplinary placement

### Descriptores

Enseñanza; Complicaciones postoperatorias; Atención perioperativa; Ejercicios respiratorios; Prácticas interdisciplinarias

### Recebido

1 de Junho de 2020

### Aceito

17 de Fevereiro de 2021

### Conflitos de interesse

nada a declarar.

### Autor correspondente

Simony Fabiola Lopes Nunes  
E-mail: [sfnunes@hotmail.com](mailto:sfnunes@hotmail.com)

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a experiência relacionada a reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal superior durante a execução de um programa de extensão universitária.

**Métodos:** Relato de experiência, com abordagem descritiva, sobre a criação de um programa interdisciplinar de reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal superior com parceria entre universidade pública e hospital municipal de Imperatriz, Maranhão.

**Resultados:** as atividades do programa universitário de reabilitação respiratória para pacientes em pós-operatório são desempenhadas em três eixos *in locus*: Educação em Exercícios Respiratórios, Capacitação sobre assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais e, Educação em saúde e intervenções de enfermagem na atenção ao paciente no período pós-operatório.

**Conclusão:** a atuação em projeto respiratório interdisciplinar, focado em ações educativas, mostrou-se uma ferramenta inovadora de apoio ao cuidado clínico de pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal superior.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the experience related to respiratory rehabilitation for patients undergoing thoracic and upper abdominal surgery during the execution of a university extension program.

**Methods:** Experience report, with a descriptive approach, on the creation of an interdisciplinary program of respiratory rehabilitation for patients undergoing thoracic and upper abdominal surgery in partnership with a public university and a municipal hospital in Imperatriz, Maranhão.

**Results:** The activities of the university respiratory rehabilitation program for patients in the postoperative period are performed in three axes *in locus*: Education in Respiratory Exercises, Training in nursing care in the postoperative period of thoracic and abdominal surgeries, and Health education and interventions nursing in patient care in the postoperative period.

**Conclusion:** Acting in an interdisciplinary respiratory project, focused on educational actions, proved to be an innovative tool to support the clinical care of patients undergoing thoracic and upper abdominal surgery.

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la experiencia relacionada con la rehabilitación respiratoria para pacientes sometidos a cirugía torácica y abdominal superior durante la ejecución de un programa de extensión universitaria.

**Métodos:** Informe de experiencia, con un enfoque descriptivo, sobre la creación de un programa interdisciplinario de rehabilitación respiratoria para pacientes sometidos a cirugía torácica y abdominal superior en colaboración con una universidad pública y un hospital municipal en Imperatriz, Maranhão.

**Resultados:** Las actividades del programa universitario de rehabilitación respiratoria para pacientes en el postoperatorio se realizan en tres ejes *in locus*: educación en ejercicios respiratorios, capacitación en cuidados de enfermería en el postoperatorio de cirugías torácicas y abdominales, y educación e intervenciones de salud enfermería en atención al paciente en el postoperatorio.

**Conclusión:** Actuar en un proyecto respiratorio interdisciplinario, centrado en acciones educativas, demostró ser una herramienta innovadora para apoyar la atención clínica de pacientes sometidos a cirugía torácica y abdominal superior.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Tocantins, Palmas, TO, Brasil.

### Como citar:

Nunes SF, Pascoal LM, Lima Neto PM, Santos FD, Goiabeira YN, Santana AG. Reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal. *Enferm Foco*. 2021;12(1):191-5.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4096

## INTRODUÇÃO

As complicações pulmonares pós-operatórias (CPP) são causa comum de aumento da morbimortalidade em pacientes submetidos a cirurgias torácicas e abdominais, e consequentemente, podem levar ao prolongamento do tempo de internação hospitalar e custos médicos adicionais.<sup>(1)</sup>

Essas CPP podem ser ocasionadas por diversos fatores, dentre eles: complicações relacionadas à anestesia, dano tecidual, imobilização, inibição da tosse e incisão dos músculos abdominais, que resultam em diminuição dos volumes pulmonares e limitação das vias aéreas.<sup>(2,3)</sup>

Uma opção terapêutica que pode fornecer benefícios significativos para os resultados respiratórios dos pacientes é a padronização de atendimento perioperatório, com reabilitação respiratória.<sup>(4)</sup> A reabilitação respiratória ou reabilitação pulmonar pós-operatório é uma estratégia não farmacológica que tem o potencial de melhorar os resultados dos pacientes submetidos a uma variedade de operações cirúrgicas torácicas, através de programas de exercícios capazes de reduzir o risco e o impacto das CPP.<sup>(5,6)</sup>

Os fundamentos teóricos da reabilitação respiratória indicam que a prestação eficaz dessa estratégia é um esforço multidisciplinar, com empenho de anestesistas, cirurgiões, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros especializados, nutricionistas e farmacêuticos.<sup>(7)</sup> Entretanto, reconhece-se que é raro ter uma equipe de reabilitação verdadeiramente integrada, bem como são escassas as experiências sustentáveis sobre manejo multidisciplinar de assistência pulmonar perioperatória.

Diante deste desafio, atitudes do corpo docente são consideradas fundamentais no apoio a educação clínica dos estudantes de ciências da saúde para a temática. Para tanto, é importante fortalecer o treinamento de talentos, ampliar o campo profissional e realizar educação e capacitação em ambientes clínicos de saúde pública.

Este artigo teve por objetivo descrever a experiência relacionada a reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal superior durante a execução de um projeto de extensão.

## MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, com abordagem descritiva, sobre a percepção docente de um programa universitário de reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica e abdominal superior.

O cenário da experiência é um hospital municipal do nordeste do Brasil, referência no atendimento de urgência e emergência para o município e região. As ações são

desenvolvidas especificamente na clínica cirúrgica deste hospital, sendo realizada entre os anos de 2012 a 2020.

A experiência relatada foi vivenciada pelo corpo docente responsável pela coordenação do programa ao longo dos últimos oito anos, que é composto por: três enfermeiras docentes do curso de enfermagem, um enfermeiro e um fisioterapeuta docentes do curso de medicina, e um colaborador fisioterapeuta docente do curso de fisioterapia.

Entretanto, o processo de execução do programa envolve uma equipe multidisciplinar, composta por 24 docentes e seis docentes dos Cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, equipe de enfermagem da clínica médica cirúrgica, pacientes adultos submetidos à cirurgia torácica ou abdominal superior e seus familiares.

Por se tratar de um estudo do tipo relato de experiência, não houve a necessidade de aprovação de Comitês de ética em Pesquisa. Ressaltamos que a participação dos profissionais da equipe de enfermagem, dos pacientes e respectivos familiares é completamente voluntária. Para os pacientes, a recusa em participar não afeta os cuidados recebidos durante a hospitalização.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

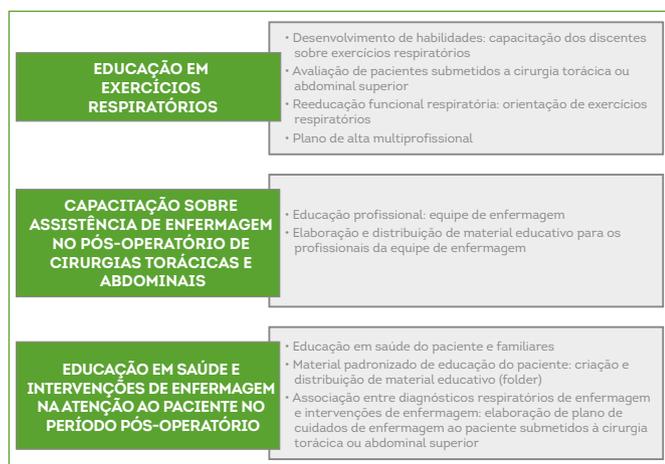
### Procedimento

O programa é projetado para restauração funcional, tendo média para avaliação e treinamento do paciente meia hora de duração para cada sessão, ocorre em formato de escala em dupla, durante a semana, para que todos os pacientes sejam atendidos, de forma contínua do pós-operatório até a alta hospitalar. O processo de gestão do programa consiste em quatro passos: 1. Planejar as ações anuais; 2. Colocar em prática os planos elaborados; 3. Verificar os resultados alcançados mensalmente e, 4. Avaliar ao final de ano se os objetivos iniciais traçados foram alcançados, seleção de problemas identificados durante o percurso e aprimoramento de forma interativa para o próximo ciclo. Destacamos que em todos os quatro passos, o objetivo é preparar os graduandos na atuação da fisioterapia, medicina e enfermagem frente as complicações pulmonares pós-operatórias, e consequentemente melhorar a qualidade da assistência dos pacientes contemplados pelo programa.

### Origem e fundamentos

No início de 2012, o projeto de educação em saúde intitulado "Educação sobre Exercícios Respiratórios: promovendo educação em saúde aos profissionais de enfermagem e clientes no pré e pós-operatório", foi estruturado por acadêmicos do curso de enfermagem de uma Universidade Federal, com colaboração externa de equipe multidisciplinar

da instituição hospitalar, para assistir a problemática das complicações respiratórias no pós-operatório. Entretanto, com o passar dos anos, e com a chegada dos cursos de medicina e fisioterapia na região, verificou-se a necessidade de ampliar o formato do projeto para programa de assistência multidisciplinar. O objetivo principal do programa é proporcionar a reabilitação respiratória dos pacientes no período pós-operatório através da construção e desenvolvimento de atividades educativas para a reflexão e promoção ao autocuidado. Dentre os focos estão a educação em serviço sobre prevenção e controle das CPP de cirurgias torácicas e abdominais, para profissionais da equipe de enfermagem; atividades de discussão e repasse de informações sobre as dúvidas e os interesses dos pacientes no tocante à sua saúde e, estimular a formação de grupos de estudo interdisciplinar sobre reabilitação pulmonar do paciente cirúrgico entre os futuros profissionais de saúde e os profissionais da instituição de saúde. O programa universitário de reabilitação respiratória possui três eixos de educação em saúde: educação em exercícios respiratórios, capacitação sobre assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais e, educação em saúde e intervenções de enfermagem na atenção ao paciente no período pós-operatório. Para exemplificar as ações desenvolvidas em cada eixo, elaborou-se a figura 1.



**Figura 1.** Ações desenvolvidas nos eixos do programa de reabilitação respiratória para pacientes submetidos à cirurgia torácica ou abdominal superior

#### Momentos, ações e práticas desenvolvidas

As ações e práticas desenvolvidas no eixo “Educação em Exercícios Respiratórios” envolvem: capacitação dos discentes quanto os exercícios respiratórios e desenvolvimento de habilidades para atuar no programa; avaliação dos pacientes; orientação e treinamento muscular respiratório dos pacientes quando indicado; e, planos multiprofissionais de cuidados

elaborados para reabilitação visando a alta hospitalar com orientações para a função pulmonar. Antes da inserção dos discentes no campo é realizada a capacitação para o desenvolvimento de habilidades-chave relacionadas a reabilitação pulmonar no pós-operatório, que inclui explicação e demonstração de exercícios respiratórios, especificidades da cirurgia torácica e abdominal e, semiologia do sistema respiratório. Por se tratar de um programa com várias etapas, competências como comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, organização, criatividade e informática aplicada à saúde também são trabalhadas, por serem consideradas habilidades amplamente relevantes para acadêmicos e pesquisadores da área de saúde. Após instruídos e familiarizados com a temática do programa, os discentes se tornam aptos para desenvolver as ações no hospital. Uma das primeiras atividades é a avaliação dos pacientes, inserida como necessária, vez que, estudos<sup>(1,8)</sup> anteriores apontaram a importância de identificar escores clínicos de risco esperados para a ocorrência de CPP após cirurgia torácica, em razão desses escores auxiliarem os profissionais de saúde na estratificação dos pacientes de alto risco, abordar fatores de risco modificáveis para complicações respiratórias e fornecer estratégias preventivas para melhorar os resultados pós-operatórios. Além de reconhecer os problemas precocemente, as informações sobre saúde são necessárias para que a equipe possa conhecer os fatores de risco relacionados a CPP e, assim, selecionar o treinamento muscular respiratório mais adequado para o paciente. A reeducação funcional respiratória, através do treinamento muscular respiratório constitui-se como um componente-chave da reabilitação capaz de melhorar a reserva cardiorrespiratória e, assim reduzir as chances de CPP.<sup>(5)</sup>

No programa, o treinamento muscular respiratório ocorre através de sessões supervisionadas, em que os pacientes são instruídos em técnicas de exercícios respiratórios. E, há também sessões não supervisionadas, para aqueles pacientes já treinados e com plano multiprofissional de cuidado contendo orientações para a função pulmonar, elaborado visando a alta hospitalar. Nossa experiência revelou que, através de manobras respiratórias, exercícios de respiração profunda, respiração diafragmática, tosse controlada e inspiração máxima sustentada foi possível verificar melhoria do padrão respiratório, contribuindo para manutenção da permeabilidade das vias aéreas e relação ventilação-perfusão satisfatória.<sup>(9)</sup>

Ademais, as respostas dos pacientes às sessões foram favoráveis, sendo que a maioria relatou maior conforto no leito, disposição para atividades e deambulação, a melhora do padrão de sono e, da resposta a dor durante a tosse, corroborando com estudos que identificaram efeito significativamente positivo dos exercícios de respiração

profunda na duração e qualidade do sono no pós-operatório e minimização da dor durante a tosse em pacientes com incisão torácica ou abdominal.<sup>(7,10)</sup>

Em relação as ações do eixo “Capacitação sobre assistência de enfermagem no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais”, a equipe interdisciplinar prioriza a educação dos profissionais de enfermagem do hospital sobre os temas relacionados a reabilitação pulmonar. Os encontros são regulares e seguem um cronograma pré-estabelecido e validado pela direção do hospital, vez que o intuito é integrar a maior quantidade de profissionais do setor, permitindo a estes, reflexão crítica sobre sua atuação no pré e pós-operatório de pacientes submetidos as cirurgias torácicas e abdominais, além da troca de saberes com a equipe executora do projeto.

Pautados pela educação em serviço, neste eixo, a equipe projetou e implementou um treinamento para capacitar os profissionais de enfermagem, sobre as principais CPP de cirurgias torácicas e abdominais, modalidades respiratórias de enfermagem, bem como apresentar e repassar os materiais didáticos que são entregues aos pacientes no momento da alta hospitalar.

A educação em serviço foi escolhida para guiar o programa, por reconhecermos que esta é uma maneira econômica e conveniente de oferecer integração ensino-serviço, aumentar o conforto e competência da equipe na discussão de questões relacionadas a temática e mudança de práticas profissionais com transtornos mínimos na prestação de cuidados ao paciente.<sup>(11)</sup> Contudo, assim como em identificado em estudos recentes,<sup>(12)</sup> ainda há resistência da equipe de enfermagem na adesão das atividades, geralmente ocasionadas pelo subdimensionamento do pessoal de enfermagem nas unidades assistenciais e o horário ofertado das atividades educativas.

O terceiro eixo, “Educação em saúde e intervenções de enfermagem na atenção ao paciente no período pós-operatório” abrange: ações educativas com o paciente e familiares individualmente; construção e distribuição de material educativo contendo resumo das principais intervenções realizadas e, levantamento de diagnósticos respiratórios e intervenções de enfermagem para elaboração de plano interventivo específico para condição clínica de cada paciente.

Como as CPP estão relacionadas a outros fatores intrínsecos dos pacientes e as variáveis cirúrgicas,<sup>(9)</sup> um material educativo, desenvolvido pelos discentes, é entregue aos pacientes e familiares ao final de cada visita. No formato de folder ilustrativo, o material contém orientações gerais de autocuidado para alcance de um pós-operatório saudável, como: cuidados com a respiração e tosse, alimentação, hidratação e deambulação.

Por fim, pensando em fortalecer a ciência da enfermagem nesta área temática, dentro do programa consideramos como relevante desenvolver o uso das terminologias de enfermagem, e, resultados satisfatórios identificamos que o uso de intervenções de enfermagem podem contribuir para melhora da força respiratória e recuperação dos pacientes em pós-operatório de cirurgias torácicas ou abdominais.<sup>(3,9)</sup> Destacamos que as intervenções específicas dos pacientes são examinadas, se necessário reformuladas e discutidas uns com os outros a fim de serem cada vez mais eficientes.

Acreditando que trabalhar com outras disciplinas é uma habilidade importante e necessária para os profissionais de saúde, durante todo o processo de execução do programa, os docentes orientam os alunos quanto o pensamento reflexivo das competências necessárias para colaborar com outros profissionais na avaliação e reabilitação do sistema respiratório de pacientes em pós-operatório. Medir seus níveis de satisfação com a atividade, sua autoconfiança e, direcionamento para a concentração nos resultados da aprendizagem e em suas habilidades também fazem parte da competência educacional orientada e avaliada.

Embora o programa seja desempenhado com sucesso, ao longo da vivência foram identificados alguns desafios estruturais e organizacionais derivados dos ambientes clínicos. O cenário de trabalho, os recursos materiais e qualificação profissional são fatores que, segundo a equipe de enfermagem do hospital, dificultam a continuidade da educação dos exercícios respiratórios para os pacientes. Outro desafio estrutural está relacionado a execução das intervenções nas enfermarias dos pacientes, que por acontecerem durante o atendimento normal, ocasionalmente são interrompidas devido a consulta ou avaliação médica, ações de enfermagem, telefonemas ou visitas de parentes, comprometendo, às vezes, a execução da atividade.

## PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Para o serviço, o programa forneceu muitos benefícios, como monitoramento diário dos pacientes e gerenciamento imediato caso os mesmos apresentassem problemas respiratórios.

Em relação a formação acadêmica, temas como reabilitação respiratória e treinamento muscular são expressões comuns e aprofundadas na fisioterapia e medicina, mas não acontece o mesmo com a enfermagem no contexto brasileiro. Assim, o estudo reforça que a reabilitação pulmonar é uma experiência positiva para a prática de enfermagem e os enfermeiros devem ser incentivados a fortalecer seus conhecimentos sobre os benefícios desta como uma intervenção não farmacológica no pós-operatório. Além disso, a vivência permitiu avançar em pesquisa sobre associações entre diagnósticos respiratórios

de enfermagem e intervenções de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia torácica ou abdominal superior.

Outro resultado considerado positivo foi a execução de quatro edições de jornada regional temática. A jornada foi denominada Jornada Multidisciplinar de Intervenções Respiratórias no Pós-operatório (JOMIRP) e teve como objetivo reunir discentes, docentes, profissionais de saúde e pesquisadores para discutir questões relacionadas às intervenções respiratórias e orientações profissionais envolvidas na recuperação de pacientes no período de pós-operatório.

Como seguimos as normas hospitalares, foi observada com certa frequência a interrupção do programa de reabilitação em alguns pacientes, pois, recebem a alta hospitalar antes de completar as quatro sessões mínimas estipuladas pela equipe executora. Logo, levantamos este ponto como limitação, vez que a reabilitação bem-sucedida requer sessões mínimas para ser considerada efetiva.

Embora futuros estudos prospectivos sejam necessários para verificar a eficácia do nosso programa, este relato de experiência fornece informações de que um sistema abrangente e multidisciplinar de reabilitação respiratória pode ser uma intervenção segura, aceitável e de baixo custo na prática clínica perioperatória, sendo útil para aqueles que executam e projetam esses serviços.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo revelaram que a experiência no projeto respiratório interdisciplinar, focado em ações educativas, mostrou-se uma ferramenta de apoio ao

cuidado clínico de pacientes submetidos à cirurgia torácica ou abdominal superior. Logo, conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento das complicações pulmonares pós-operatórias, além das diversas maneiras de evitá-las através de reeducação e treinamento pulmonar tornaria possível a adoção de intervenções dirigidas para minimização da frequência e severidade destas complicações nos pacientes e seu tempo de internação. Enquanto docentes, acreditamos que os acadêmicos de saúde devem, portanto, receber educação e treinamento em habilidades específicas, com integração e discussão com outras disciplinas em cenários realistas capazes de levá-los a refletir o ambiente clínico real antes de entrar na clínica como profissionais. Espera-se que este estudo estimule a criação e implementação de um regime interdisciplinar de reabilitação respiratória para os pacientes em pós-operatório, a fim de melhorar sua reabilitação física e evitar as complicações em discussão, contribuindo para o estabelecimento de práticas saudáveis.

## Agradecimentos

À Pró-Reitoria de Extensão e Cultura Universidade Federal do Maranhão – PROEC/UFMA. Agradecemos a direção e profissionais da saúde do Hospital Municipal de Imperatriz.

## Contribuições

a) concepção análise e interpretação dos dados, redação do artigo: SLFN, LMP, FDRPS, PMLN, YNLAG AGN; b) revisão crítica do manuscrito: SLFN, LMP c) aprovação da versão final a ser publicada: SLFN, LMP, FDRPS, PMLN, YNLAG AGN.

## REFERÊNCIAS

- Ávila AC, Fenili R. Incidência e fatores de complicações pulmonares pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgias de tórax e abdome. *Rev Col Bras Cir.* 2017;44(3):284-92.
- Riordan J, Stedmon J. Postoperative pulmonary complications and thoracic patients. *Anaesthesia.* 2018;73(3):393-4.
- Almeida AG, Pascoal LM, Santos FD, Lima Neto PM, Nunes SF, Sousa VE. Estado respiratório de pacientes adultos no período pós-operatório de cirurgias torácicas ou abdominal superior. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2017;25:e2959.
- Cassidy MR, Rosenkranz P, Macht RD, Talutis S, McAneny D. The I COUGH multidisciplinary perioperative pulmonary care program: one decade of experience. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2020;46(5):241-9.
- Sanchez-Lorente D, Navarro-Ripoll R, Guzman R, Moises J, Gimeno E, Boada M, et al. Prehabilitation in Thoracic Surgery. *J Thorac Dis.* 2018;10(Suppl 22):S2593-S2600.
- Silva DC, Silva Filho LS. Fisioterapia respiratória no pós-operatório de cirurgia abdominal alta: uma revisão de literatura. *Rev Aten Saúde.* 2018;16(55):115-23.
- Templeton R, Greenhalgh D. Preoperative rehabilitation for thoracic surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2019;32(1):23-8.
- Pipamekaporn T, Bunchungmongkol N, Punjasawadwong Y, Lapisatepun W, Tantraworasin A, Saokaew S. A risk score for predicting respiratory complications after thoracic surgery. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2019;27(4):278-87.
- Silva LF, Pascoal LM, Nunes SF, Sousa Freire VE, Araújo Almeida AG, Gontijo PVC, et al. Ineffective Airway Clearance in Surgical Patients: Evaluation of Nursing Interventions and Outcomes. *Int J Nurs Knowl.* 2019;30(4):251-6.
- Vasconcelos AC, Stedefeldt E, Frutuoso MF. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface (Botucatu).* 2016;20(56):47-158.
- Tibola T, Cordeiro A, Stacciarini T, Engel R, Costa D, Haas V. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. *Enferm Foco.* 2019;10(2):11-6.
- Ghorbani A, Hajizadeh F, Sheykhi MR, Asl AM. The Effects of Deep-Breathing Exercises on Postoperative Sleep Duration and Quality in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG): a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci.* 2019;8(4):219-24.

# PROTOTIPAÇÃO DE GAME EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA

PROTOTYPING OF EDUCATIONAL GAME FOR PREVENTION OF CHILDHOOD ACCIDENTS

PROTOTIPADO DE JUEGO EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES

Vânia Chagas da Costa<sup>1</sup>

Keity Ranielly do Amaral Silva<sup>1</sup>

Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix<sup>1</sup>

Monique Maria de Lima Nascimento<sup>1</sup>

Emanuela Batista Ferreira e Pereira<sup>1</sup>

(<https://orcid.org/0000-0002-1992-2879>)

(<https://orcid.org/0000-0002-8392-0587>)

(<https://orcid.org/0000-0001-6808-5053>)

(<https://orcid.org/0000-0002-5236-2834>)

(<https://orcid.org/0000-0003-4665-4379>)

## Descritores

Prevenção de acidentes; Saúde da criança; Jogos e brinquedos; Informática em enfermagem; Educação em saúde

## Descriptors

Accident prevention; Child health; play and playthings; Nursing informatics; Health education

## Descriptores

Prevención de accidentes; Salud del niño; Juego e implementos de juego; Informática aplicada a la enfermeira; Educación en salud

## Recebido

9 de Junho de 2020

## Aceito

17 de Fevereiro de 2021

## Conflitos de interesse

nada a declarar.

## Autor correspondente

Vânia Chagas da Costa  
E-mail: [vania.costa@upe.br](mailto:vania.costa@upe.br)

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de um protótipo de game educativo para prevenção de acidentes comuns na infância.

**Métodos:** Estudo descritivo sobre desenvolvimento tecnológico de um protótipo de game educativo, proveniente de pesquisa original sobre utilização da gamificação como ferramenta educativa para prevenção de acidentes na infância. O desenvolvimento do protótipo guiou-se pela estratégia *Design Thinking*, com uso do software educacional *Scratch* que é uma plataforma online, gratuita. Os cenários e personagens foram construídos com figuras disponíveis em acesso livre na internet.

**Resultados:** O protótipo do game foi intitulado "Detetives do perigo", com público alvo crianças entre 8 a 10 anos de idade. As fases do game apresenta situações de risco de acidente na rotina diária da criança, e explica de forma simples e interativa como evitá-los. O game é composto por dez cenários, sendo quatro de orientações e seis dos ambientes domiciliar, escolar, via e parque público, onde são expostas as situações de risco de acidente.

**Conclusão:** O uso de ferramentas tecnológicas nas ações de educação em saúde, permite que a criança seja protagonista no cuidado com sua saúde e bem-estar, o despertar do senso crítico compatível com sua faixa etária, pode contribuir na redução de acidentes na infância.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the development of an educational game prototype for the prevention of common accidents in childhood.

**Methods:** Descriptive study on technological development of an educational game prototype, from original research on the use of gamification as an educational tool for the prevention of childhood accidents. The development of the prototype was guided by the Design Thinking strategy, using scratch educational software which is a free online platform. The scenarios and characters were built with figures available in free internet access.

**Results:** The prototype of the game was titled "Danger Detectives", with audience targeting children between 8 to 10 years of age. The phases of the game presents situations of risk of accident in the daily routine of the child and explains in a simple and interactive way how to avoid them. The game consists of ten scenarios, four of which are guidelines and six of the home, school, road and public park environments, where accident risk situations are exposed.

**Conclusion:** The use of technological tools in health education actions allows the child to be a protagonist in the care of their health and well-being, the awakening of critical sense compatible with their age group can contribute to the reduction of accidents in childhood.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el desarrollo de un prototipo de juego educativo para la prevención de accidentes comunes en la infancia.

**Methods:** Estudio descriptivo sobre desarrollo tecnológico de un prototipo de juego educativo, derivado de la investigación original sobre el uso de la gamificación como herramienta educativa para la prevención de accidentes infantiles. El desarrollo del prototipo fue guiado por la estrategia Design Thinking, utilizando software educativo scratch que es una plataforma en línea gratuita. Los escenarios y personajes fueron construídos con figuras disponibles en acceso gratuito a Internet.

**Resultados:** El prototipo del juego se tituló "Detectives de peligro", con un público dirigido a niños de entre 8 y 10 años de edad. Las fases del juego presentan situaciones de riesgo de accidente en la rutina diaria del niño, y explican de una manera sencilla e interactiva cómo evitarlos. El juego consta de diez escenarios, cuatro de los cuales son pautas y seis de los ambientes de hogar, escuela, carretera y parque público, donde las situaciones de riesgo de accidentes están expuestas.

**Conclusión:** El uso de herramientas tecnológicas en las acciones de educación sanitaria permite al niño ser protagonista en el cuidado de su salud y bienestar, el despertar del sentido crítico compatible con su grupo de edad puede contribuir a la reducción de los accidentes en la infancia.

<sup>1</sup>Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

## Como citar:

Costa VC, Silva KR, Felix LK, Nascimento MM, Pereira EB. Prototipação de game educativo para prevenção de acidentes na infância. *Enferm Foco*. 2021;12(1):196-201.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3997

## INTRODUÇÃO

Em termos epidemiológicos, no mundo, os acidentes têm contribuído significativamente para mortalidade em todas as faixas etárias, sendo a causa de cerca de 3 milhões de mortes anualmente. Em média 25% destes óbitos foram de pessoas com idade entre 0 e 18 anos, com destaques nos países em desenvolvimento.<sup>(1)</sup>

As crianças são mais vulneráveis à ocorrência de diversos tipos de acidentes, e estão expostas às situações de riscos em todos os lugares no seu cotidiano.<sup>(2)</sup> No Brasil, os acidentes na infância geram um grande número de mortes e lesões incapacitantes. Cerca de 81% dos agravos não intencionais ocorrem no ambiente domiciliar, alguns deles são: quedas, queimaduras, afogamentos e choques elétricos. O cenário extradomiciliar, também tem forte impacto nos dados, acidentes de trânsito são uma das principais causas de morbimortalidade nesse grupo. Estima-se que cerca de 90% das lesões não intencionais sejam passíveis de prevenção.<sup>(3,4)</sup>

Nessa perspectiva, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que resultou em importante marco para o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a criança, na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Um dos eixos estratégicos da PNAISC tem a prevenção de acidentes e de violências como foco, nesse eixo pode-se observar orientações para as famílias e para os profissionais que compõe a rede de saúde.<sup>(2)</sup>

Fortalecer o conhecimento de pais, familiares e responsáveis, sobre potenciais perigos e as formas de prevenção de acidentes na infância, mediado pela educação em saúde, se torna imprescindível, no entanto, é de extrema importância incluir a criança nesse processo de aprendizagem do autocuidado.<sup>(5)</sup>

As tecnologias tem se mostrado ferramentas que proporcionam efetivos resultados na promoção do cuidado da saúde quando usadas para fins educativos.<sup>(6)</sup> Como os jogos digitais, quando utilizados no processo de ensino-aprendizagem são capazes de estimular e despertar o interesse das crianças, e proporciona um leque de aprendizado, incluindo ensinamentos sobre regras e limites. Além do mais, possibilita o desenvolvimento intelectual, cognitivo e afetivo das crianças.<sup>(7)</sup>

Os games podem ser fortes aliados no processo de aprendizagem em diferentes áreas. A gamificação é o processo que se utiliza de elementos de jogos para promover nos indivíduos algumas ações como a tomada de decisão, superação de desafios e alcance de metas, incluindo o aprendizado. Ela traz consigo um grande potencial para o

ambiente educacional, visto que motiva os escolares para a aprendizagem.<sup>(7,8)</sup>

A criança é um ser em pleno desenvolvimento, a facilidade no manuseio e acesso às tecnologias possibilita o uso dessas ferramentas nas ações de educação em saúde, dessa forma acredita-se que o uso de games pode contribuir para a prevenção de acidente na infância a partir do despertar do senso crítico, compatível com a faixa etária da criança sobre sua saúde e bem-estar. Assim, este estudo objetiva descrever o desenvolvimento de um protótipo de game educativo para prevenção de acidentes comuns na infância.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo sobre desenvolvimento tecnológico de um protótipo de game educativo para prevenção de acidentes comuns na infância.

Este estudo foi desenvolvido no ambiente virtual com uso da estratégia *Design Thinking* e da plataforma *Scratch*, no período de fevereiro a novembro de 2019, pelos pesquisadores, na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, em Recife.

O desenvolvimento do protótipo do game guiou-se pela estratégia do *Design Thinking* que consiste em uma abordagem de resolução de problemas através da idealização de uma solução-base, a qual é alcançada com cumprimento de metas ou parâmetros estabelecidos. Esta abordagem é composta por um processo iterativo entre diversas fases, e o presente estudo utilizou as seguintes fases: imersão, ideação e prototipagem.<sup>(9)</sup>

Para fase de imersão utilizou-se de revisão de literatura para atualização e aprofundamento do tema para definição do problema; na fase de ideação foi utilizada a análise de concorrência; e na fase de prototipagem foram seguidas as seguintes etapas: construção da ideia em papel com finalidade de desenhar o modelo e a forma do game; construção e detalhamento no software Power Point® e; finalização do protótipo na plataforma *Scratch*, onde seus cenários e personagens foram construídos com figuras disponibilizadas em acesso livre na internet.

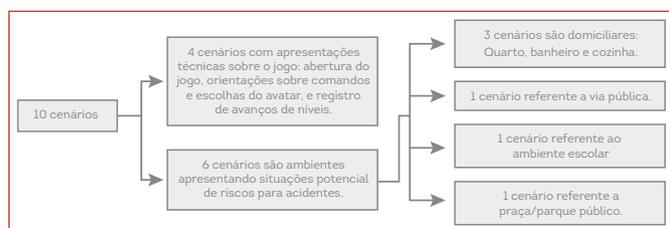
O software educacional *Scratch* é uma plataforma online, gratuito, desenvolvido pelo Lifelong Kindergarten Group do Massachusetts Institute of Technology (MIT), que permite a criação/prototipagem de games e histórias interativas em 2D. O software utiliza linguagem simples de programação mediada por blocos de montar como um "quebra-cabeça"; e seus resultados podem ser compartilhados entre a comunidade de usuários da plataforma.<sup>(10)</sup>

O estudo foi realizado respeitando os princípios éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de

Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, sob o CAAE nº 01986018.8.0000.5192 e Parecer nº 3.064.323. A elaboração deste protótipo compõe uma das fases de uma pesquisa original intitulada Gamificação como ferramenta na prevenção de acidentes na infância.

## RESULTADOS

O protótipo desenvolvido intitulado como “Detetives do perigo” tem por objetivo incentivar seu público alvo, criança entre 8 a 10 anos, a desenvolverem um senso crítico sobre riscos comuns em sua rotina diária que podem provocar acidentes, explicando de forma simples e interativa como evitá-los. Na construção do game foram utilizadas cores atrativas em ambientes virtuais que interagem com o jogador possibilitando-o identificar o perigo de cada brincadeira ou a atitude de risco simulada. A partir da escolha, certa ou errada, aparece um feedback diferente sempre ensinando com os erros e encorajando os acertos, e ao escolher todas as opções seguras diante do risco apresentado em cada cenário, o jogador avança nos níveis no jogo. A composição do game é feita por dez cenários, destes, seis exibem os ambientes em que estão simulados os riscos de acidentes, são os seguintes: quarto, banheiro, cozinha, via pública, sala de aula e praça pública; cada um desses corresponde a um nível, seguindo uma ordem cronológica que simula uma rotina diária. Os demais cenários consistem em apresentações de orientações técnicas do jogo (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma apresentando quantitativo e composição dos cenários que compõem o protótipo de game desenvolvido

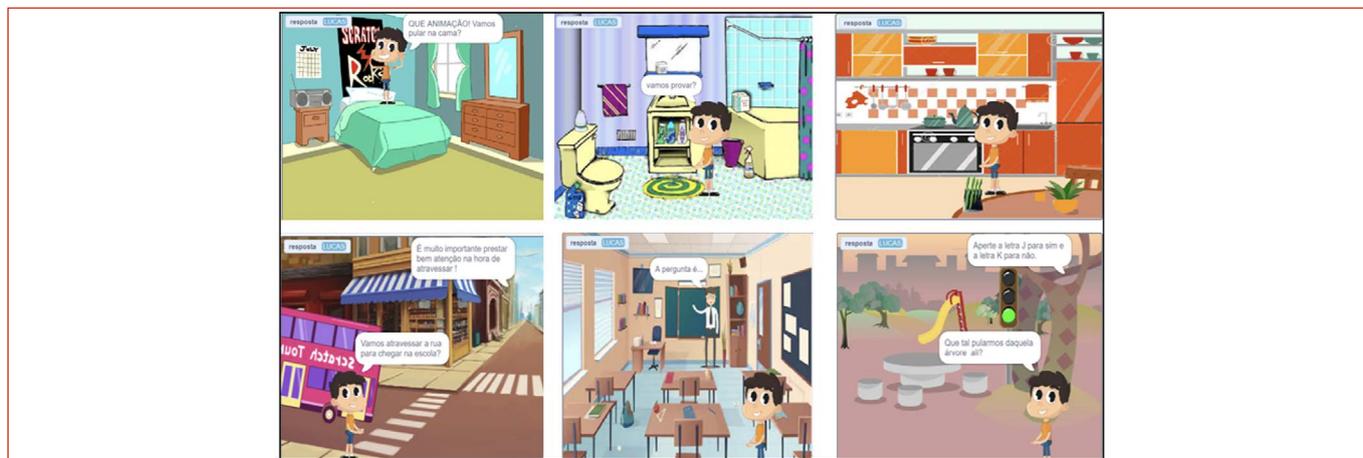
Na figura 2 são apresentadas as três primeiras telas do game, assim como a tela final que representa o distintivo que o jogador ganhará após finalizar todas as fases do jogo, descobrindo em cada ambiente os riscos em potencial e saber como evitá-los. A tela de início aparece no momento em que a criança executa o comando de abertura do game. Nesse momento, durante cerca de 15 segundos, é apresentado o nome do game educativo, “Detetives do perigo”. Logo em seguida, na segunda tela, o jogador terá opção de

escolher o avatar para representá-lo, opções de personagem do sexo feminino e do sexo masculino. A escolha ficará a critério do jogador, que escolherá o avatar apenas tocando na tela do dispositivo. Após a escolha do avatar, o personagem escolhido apresentará, em mensagem escrita e falada, as instruções de como jogar, e também as metas que deverão ser cumpridas para receber o distintivo de detetive, sendo este, apresentado na última tela do jogo, com a finalização dos cenários.



**Figura 2.** Apresentação dos cenários de tutorial que compõem o protótipo do game elaborado

Na figura 3 estão as telas com os cenários onde o jogador irá navegar. O início do jogo se dará dentro de uma casa, onde haverá situações que colocam o personagem em perigo e o jogador deverá escolher como resolver as situações. O primeiro nível do jogo trará situações que acontecerão dentro de uma casa, no cenário do quarto, seguido pelo banheiro, e cozinha. Os eventos apresentados são os seguintes: No quarto, será exibido o risco de queda quando o personagem decide se deve pular em cima de sua cama; no banheiro, o jogador é exposto a produtos de limpeza ficando sujeito ao risco de intoxicação por ingestão desses; enquanto na cozinha, o risco apontado é o de queimaduras quando o jogador tenta utilizar o fogão sem ajuda de um adulto. Após conseguir atingir as metas, o jogador poderá ver qual percurso ainda falta percorrer para ganhar o distintivo, assim como visualizar o seu progresso. No segundo nível, o jogador será desafiado fora de casa, onde a missão será atravessar a rua de forma segura, quando o semáforo estiver aberto para o pedestre. Desse modo, após conseguir alcançar a meta, o jogador passará ao terceiro nível, sendo este no ambiente escolar, onde o jogador terá que responder uma pergunta sobre os significados das cores que compõem o semáforo, e passará de nível se acertar, porém caso erre



**Figura 3.** Apresentação dos cenários correspondentes às etapas/níveis do protótipo do game educativo

a pergunta, este terá uma breve explicação sobre os significados das cores e terá a oportunidade de responder o questionamento novamente. Após passar pela fase escolar e responder as questões corretamente, o jogador passará ao quarto nível do jogo, que se dará no parquinho de diversão, com o objetivo de resolver situações de perigo. Ou seja, nesse nível a criança terá a opção de escolher como deverá proceder nas situações de risco de queda que também será apresentada no cenário do parque. Após atingir todas as metas, então o jogador ganhará o distintivo de detetive do perigo.

## DISCUSSÃO

Os cenários do protótipo do game educativo desenvolvido expõe situações de riscos nos ambientes domiciliar, escolar, via e praça pública, apresentando os riscos de queda, intoxicação, queimadura e atropelamento. A seleção destes ambientes foi baseada nos dados epidemiológicos de causas de morbidade, hospitalização e óbitos infantis no Brasil, assim como os acidentes infantis mais comuns evidenciados pela literatura.

Segundo dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde na plataforma DATASUS, em 2017 os acidentes no trânsito ocuparam o 1º lugar entre os que mais provocaram óbitos entre crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 14 anos no Brasil, com 1.190 mortes, em seguida destacaram-se os acidentes por afogamento (954), sufocação (777), queimadura (217), quedas (181) e intoxicação (79). Estes acometidos, principalmente, no ambiente domiciliar.<sup>(11)</sup>

Através do levantamento de dados, também disponíveis no DATASUS, em 2018 foi possível observar os acidentes que mais provocaram hospitalização de crianças e adolescentes na mesma faixa etária. No ranking de acidentes causadores de hospitalizações as quedas ocuparam o 1º lugar

com 51.374 internações, seguido das queimaduras (20.605) e dos acidentes de trânsito (11.037).<sup>(11)</sup>

Os acidentes domiciliares possuem as mais variadas causas, podem acontecer devido a ações imprudentes ou até imprevisíveis, e também porque há diversos fatores do ambiente físico que podem ser consideradas causas mecânicas e físicas de acidentes, como os variados equipamentos presentes no mesmo, e estes têm sido relacionados com as lesões na infância. As mais comuns são as queimaduras que, segundo dados epidemiológicos, ocorre principalmente na cozinha, entre crianças de 4 a 5 anos de idade motivadas pela curiosidade, e em sua maioria acontecem através do contato com fontes de calor e substâncias quentes, e exposição à fumaça/fogo/chamas.<sup>(12)</sup>

Além das queimaduras, as quedas possuem uma grande incidência de ocorrência no domicílio, nas crianças em idade pré-escolar. Estudos relacionam este fato à adaptação das crianças enquanto desenvolvem suas habilidades motoras, cognitivas e psicossociais no ambiente em que vivem. O mesmo acontece com as intoxicações exógenas, em que o domicílio também é apontado como o principal local de ocorrência, e os principais agentes causadores são os produtos químicos, pesticidas, produtos de limpeza, plantas tóxicas, e cosméticos.<sup>(12,13)</sup>

Levando em conta que é necessária maturidade para despertar a autodefesa e proteção, quando se trata da mobilidade em vias públicas as crianças menores de 10 anos estão mais vulneráveis a acidentes. O atropelamento afeta principalmente esses com idades entre 5 e 10 anos, e segundo a literatura está associado a características próprias da criança, como a dificuldade de atenção e precisão de elementos específicos, como audição e visão periférica, aliadas a curiosidade e dificuldade de decisões rápidas.<sup>(14)</sup>

Considerando estas informações, os acidentes na infância representam um grande impacto na saúde pública brasileira e mundial, sendo responsáveis por elevadas taxas de morbimortalidade, incapacidades relacionadas ao desenvolvimento da criança e elevado custo de recursos hospitalares de emergência.<sup>(15)</sup>

No entanto, estudo como o da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) 'A criança segura', ressalta que cerca de 90% dos acidentes na infância são passíveis de prevenção, com adoção de medidas simples como divulgação de informações, mudança no comportamento e no ambiente.<sup>(11)</sup>

Para a redução de taxas relacionadas a acidentes na infância é de suma importância a implementação de estratégias, como a educação em saúde focando em medidas de prevenção, assim como a criação de instrumentos capazes de despertar interesse e facilitar o entendimento da temática. Dessa forma, foi pensado na gamificação como instrumento eficaz de educação, pois trata-se de uma metodologia lúdica, capaz de estimular o imaginário da criança, ao mesmo tempo que introduz conhecimento acerca do tema de prevenção de acidentes.<sup>(15)</sup>

Apesar de a gamificação ser uma inovação no âmbito educacional, principalmente, no ramo da saúde pública, tem sido considerada um importante facilitador do aprendizado infantil, pois, parte do princípio de que a criança aprende por meio de experiências vividas e que o lúdico pode influenciar no seu desenvolvimento físico, intelectual e social. Além disso, o avanço tecnológico e a sua acessibilidade crescente possibilitam contribuições para este processo quando associados a textos, músicas, sons, imagens e outros.<sup>(8)</sup>

Atividades lúdicas tem sido efetivas para incentivar as mudanças necessárias nos hábitos de crianças no seu cotidiano.<sup>(16,17)</sup> Assim, o game se torna atrativo no sentido em que a todo momento as crianças serão estimuladas a resolver problemas que estão presentes em seu cotidiano, sendo possível o jogador se reconhecer dentro do mundo lúdico trazido através dos cenários, adquirindo conhecimentos para prevenção de acidentes na infância a medida em que cumpre os objetivos e ultrapassa as metas.

A limitação do estudo está no fato do protótipo estar direcionado apenas as crianças em idade entre 8 e 10 anos. Quanto à fundamentação teórica, foi observada uma escassez de artigos que descrevem o emprego da gamificação na área da saúde.

Este estudo contribui diretamente como subsídio tanto para atualização de dados sobre acidentes infantis, como para embasar intervenções nesta área. O protótipo de

game desenvolvido configura-se como potencial instrumento lúdico a ser implementado para mediação de ações de educação de saúde infantil.

## CONCLUSÃO

Os acidentes, mesmo sendo um agravo passível de prevenção, têm uma influência significativa na mortalidade infantil e é responsável por altos índices de internamento hospitalar, prejudicando e causando incapacidades no desenvolvimento da criança, inclusive o óbito, o que revela ser um problema na saúde pública: o déficit de ações com foco na prevenção dos acidentes infantis. É de suma importância para a eficácia na redução de acidentes infantis que as ações programadas com esse objetivo, como a educação em saúde, sejam direcionadas às crianças além dos seus responsáveis; os jogos digitais se constituem em recurso cognitivo para transmitir informações de forma que a criança entenda e consiga colocar em prática. O método *Design Thinking* mostrou-se bastante eficaz em relação à identificação do problema estudado, assim como no direcionamento de estratégias para sua resolução. A plataforma *Scratch* foi essencial para o desenvolvimento do protótipo educativo e provou ser uma ferramenta de fácil utilização, estando ao alcance de diversos níveis de conhecimento de programação.

## Agradecimentos

Este estudo faz parte do projeto de Pesquisa Protótipo de game educativo para prevenção de acidentes comuns na infância, aprovado sem recursos pelo Edital de Iniciação Científica 2019 do Programa de Fortalecimento Acadêmico da Universidade de Pernambuco (PFA/IC/UPE 2019), e é subprojeto da pesquisa original Gamificação como ferramenta na prevenção de acidentes na infância.

## Contribuições

Vânia Chagas da Costa - concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix - coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Monique Maria de Lima Nascimento - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Keity Ranielly do Amaral Silva - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Emanuela Batista Ferreira e Pereira - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Bhuvaneshwari N, Prasuna JG, Goel MK, Rasania SK. Um estudo epidemiológico sobre lesões domiciliares entre crianças de 0 a 14 anos no sul de Delhi. *Indian J Public Health*. 2018;62:4-9.
2. Malta DC, Mascarenhas MD, Silva MM, Carvalho MG, Barufaldi LA, Avanci JQ, et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016;21(12): 3729-44.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
4. Gonçalves AC, Araújo MP, Paiva KV, Menezes CS, Silva AÉ, Santana GO, et al. Acidentes na infância: casuística de um serviço terciário em uma cidade de médio porte do Brasil. *Rev Col Bras Cir*. 2019;46(2):e2104.
5. Lima EP, Almeida AO, Bezerra EP, Carneiro EP, Andrade FM, Gubert FA. Identificação dos conhecimentos de mães na prevenção de acidentes domésticos com crianças da primeira infância. *Enferm Foco*. 2018;9(4):77-80.
6. Lima AM, Piagge CS, Silva AL, Robazzi ML, Melo CB, Vasconcelos SC. Tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. *Enferm Foco*. 2020;11(4):87-96.
7. Ramos DK, Anastásio BS. Habilidades cognitivas e o uso de jogos digitais na escola: a percepção das crianças. *Educação Unisinos*. 2018;22(2):214-23.
8. Ramos DK, Segundo FR. Jogos Digitais na Escola: aprimorando a atenção e a flexibilidade cognitiva. *Educ Real*. 2018;43(2):531-50.
9. Felix LK, Costa VC, Pereira EB, Valença MP, Souza CFO. Gamificação para prevenção de acidentes na infância: revisão sistemática. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*. 2020;5(1):53-64.
10. Rodrigues AN, Cordeiro HV, Silva JA, Silva RE, Santos BB. Batalha do sorriso: processo de desenvolvimento de um jogo sério para a saúde bucal. In: congresso brasileiro de informática na educação. 2018 [Citado 2020 jun 05]. Anais Fortaleza (CE): SBC, 2018. p. 1089-1098.
11. Scaico PD, Lima AA, Silva JBB, Azevedo S, Paiva LF, Raposo EH, et al. Ensino de Programação no Ensino Médio: Uma Abordagem Orientada ao Design com a linguagem Scratch. *Rev Bras Inform Educ*. 2013;21(2):92.
12. Criança Segura Brasil [homepage on the Internet]. Dados sobre acidentes. [citado em 25 de abril de 2020]. Disponível em: <http://criancasegura.org.br/dados-de-acidentes/>.
13. Barcelos RS, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, Barros FC, França GV, Silva VL. Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(2):e00139115.
14. Vilaça L, Volpe FM, Ladeira RM. Intoxicações exógenas acidentais em crianças e adolescentes atendidos em um serviço de toxicologia de referência de um hospital de emergência brasileiro. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018096.
15. Freitas CK, Rodrigues MA, Parreira PM, Santos AC, Lima SV, Fontes VS, et al. Programa educativo para promoção de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas de crianças em relação aos acidentes de trânsito: estudo experimental. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(4):458-64.
16. Silva CB, Kantorski KJ, Motta MG, Pedro EN. Atividades de educação em saúde junto ao ensino infantil: relato de experiência. *Rev Enferm*. 2017;11(Supl. 12):5455-63.
17. Silveira BM, Sebold LF, Ferreira LE, Girondi JB, Amante LN, Justin JS. Opinião das famílias sobre as atividades lúdicas desenvolvidas com crianças na escola abordando hábitos saudáveis. *Enferm Foco*. 2019;10(4):116-21.