



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 2

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-394-1 DOI 10.22533/at.ed.941191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Com grande entusiasmo apresentamos o segundo volume da coleção “Ciências da Saúde: da teoria à prática”. Ao todo são onze volumes que irão abordar de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. A obra em todos os seus volumes reúne atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, que analisam a saúde em diversos dos seus aspectos, percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

O segundo volume compreende um agregado de atividades de pesquisa desenvolvidas em diversas regiões do Brasil, com enfoque na enfermagem, que partem do princípio da análise minuciosa e fundamentada de questões referentes à saúde em diversos dos seus aspectos.

Nos países em desenvolvimento as ferramentas e o conhecimento disponíveis nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes, necessitando assim de pesquisas e atividades científicas que possam de gerar novas informações e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde. O campo da enfermagem de forma especial agrega em seus fundamentos inúmeras possibilidades de contribuir para a evolução dos aspectos citados acima. Assim torna-se extremamente relevante rever tanto aspectos teóricos quanto os avanços na prática aplicada à enfermagem.

Assim congregamos nesse volume aspectos da educação direcionados à enfermagem, sexualidade feminina, cuidado humanizado, violência na gravidez, cuidados paliativos, relatos de caso, assistência social, assistência à criança e ao idoso, auditoria, desafios do profissional, dentre outros diversos temas relevantes para as áreas afins.

Deste modo, todo o material aqui apresentado nesse segundo volume, é de fato importante não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Nosso profundo desejo é que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE BRAINSTORMING NA ABORDAGEM DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO	
Juliana Campelo Costa Fabiana de Paula Gomes Nariani Souza Galvão Rodrigo da Silva Ramos Silvani Vieira Cardoso	
DOI 10.22533/at.ed.9411913061	
CAPÍTULO 2	4
A ENFERMAGEM E O CUIDADO HUMANIZADO AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL	
Genilton Rodrigues Cunha Michelle Lacerda Azevedo Camila Augusta dos Santos Marcilene Rezende Silva Luciana Alves Silveira Monteiro Lilian Machado Torres	
DOI 10.22533/at.ed.9411913062	
CAPÍTULO 3	12
A FIGURA MATERNA COMO VÍTIMA SECUNDÁRIA DE ABUSO SEXUAL	
Winthney Paula Souza Oliveira Francisca Tatiana Dourado Gonçalves Maria Ionete Carvalho dos Santos Mônica dos Santos de Oliveira Rudson Vale Costa Evando Machado Costa Pedro Wilson Ramos da Conceição Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha Maria do Socorro de Sousa Cruz Murilo Simões Carneiro	
DOI 10.22533/at.ed.9411913063	
CAPÍTULO 4	23
A INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS CLIMATÉRICOS NA SEXUALIDADE FEMININA: UMA ABORDAGEM DA ENFERMAGEM	
Livia Fajin de Mello dos Santos Louise Anne Reis da Paixão Elen Cristina Faustino do Rego Thaís Viana Silva Thamiris Cristina Pacheco Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9411913064	

CAPÍTULO 5	36
A PRÁTICA DA ENFERMAGEM JUNTO À PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MANAUS	
Rodrigo da Silva Ramos	
Fabiana de Paula Gomes	
André Nascimento Honorato Gomes	
Natália Rayanne Souza Castro	
Hadelândia Milon de Oliveira	
Joice Claret Neves	
DOI 10.22533/at.ed.9411913065	
CAPÍTULO 6	42
A VIOLÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ E O IMPACTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	
Dora Mariela Salcedo-Barrientos	
Lilian Vasconcelos Barreto de Carvalho	
Priscila Mazza de Faria Braga	
Paula Orchiucci Miura	
Alessandra Mieko Hamasaki Borges	
DOI 10.22533/at.ed.9411913066	
CAPÍTULO 7	55
ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ALÍVIO DO SOFRIMENTO	
Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá	
Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga	
Marta Hansen Lima Basto Correia Frade	
DOI 10.22533/at.ed.9411913067	
CAPÍTULO 8	67
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE GEMELARES COM DIAGNÓSTICO DE APLV ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO	
Ana Roberta Araújo da Silva	
Sílvia Silanne Ximenes Aragão	
Francisco André de Lima	
Lylían Cavalcante Fonteneles	
Ana Alice Silvia Nascimento	
Martiniisa Rodrigues Araújo	
Ingrid Bezerra Bispo	
Kelle Maria Tomais Parente	
Katharyna Khauane Brandão Ripardo	
Rosiane de Paes Borges	
Gabriele Carra Forte	
DOI 10.22533/at.ed.9411913068	
CAPÍTULO 9	73
ASPECTOS SOCIAIS E DA SAÚDE DE MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ATENDIDAS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA	
Erica Jorgiana dos Santos de Moraes	
Elayne Kelly Sepedro Sousa	
Karina Carvalho de Oliveira	
Roseli Carla de Araújo	
Maria da Consolação Pitanga de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.9411913069	

CAPÍTULO 10 84

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcelane Macêdo dos Santos
Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Amanda Karoliny Meneses Resende
Weldania Maria Rodrigues de Sousa
Vitor Kauê de Melo Alves
Flavia dos Santos Soares Silva
Iara Lima de Andrade Ferreira
Ana Karolina Belfort de Sousa
Tatiana Maria Banguin Araújo Oliveira
Shane Layra Araujo dos Santos
Mara Denize do vale Gomes

DOI 10.22533/at.ed.94119130610

CAPÍTULO 11 94

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM PNEUMONIA COMUNITÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco de Assis Viana dos Santos
Emanuel Thomaz de Aquino Oliveira
Janaina Maria dos santos Francisco de Paula
Ana Livia Castelo Branco de Oliveira
Girleene Ribeiro da Costa
Gerlanne Vieira Rodrigues
Rafaella Martins Freitas Rocha
Alinny Frauany Martins da Costa
Alice de Sousa Ventura
Pâmela Pereira Lima

DOI 10.22533/at.ed.94119130611

CAPÍTULO 12 104

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA INTERNADO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Emily Gabriele Cavalier de Almeida
Esmael Marinho da Silva
Gabriele de Jesus Barbosa Lopes
Deyvylan Araujo Reis

DOI 10.22533/at.ed.94119130612

CAPÍTULO 13 121

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO À CRIANÇA PORTADORA DE Distrofia de Duchenne: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kelvy Fernanda Almeida Lago Lopes
Aliny de Oliveira Pedrosa
Allane Karoline Palhano de Oliveira
Anderson Ruaney Gomes Ramalho
Camila Batista Silva
Jozilma Pereira de Araujo
Maraisa Pereira Sena
Natália Pereira Marinelli
Rosália Maria Alencar Soares
Sara Ferreira Coelho

DOI 10.22533/at.ed.94119130613

CAPÍTULO 14 128

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA

Dália Rodrigues Lima
Francisca Maria Pereira da Cruz
Luiza Cristiny Sousa
Maria Jucileide Alves
Mônica Dias da Silva
Amanda Penha de Sousa Carvalho
Marcella de Souza Costa
Celiana Osteni da Silva
Luana de Góis da Silva Fernandes
Thatielly Rodrigues de Morais Fé

DOI 10.22533/at.ed.94119130614

CAPÍTULO 15 136

CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE ADOÇÃO POR CASAIS HOMOAFETIVOS

Luana Kerolayne de Sousa Pereira
Maria da Consolação Pitanga de Sousa
Magda Coeli Vitorino Sales Coelho
Adélia Dalva da Silva Oliveira
Fernanda Cláudia Miranda Amorim

DOI 10.22533/at.ed.94119130615

CAPÍTULO 16 149

CONCEPÇÕES DOCENTE SOBRE O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Patricia Cavalcante de Sá Florêncio
Lenilda Austrilino
Mércia Lamenha Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.94119130616

CAPÍTULO 17 159

DEBRIEFING COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM NO ENSINO SIMULADO PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Josiane Maria Oliveira de Souza
Felipe Ribeiro Silva
Tayse Tâmara da Paixão Duarte
Paula Regina de Souza Hermann
Michelle Zampieri Ipolito
Marcia Cristina da Silva Magro

DOI 10.22533/at.ed.94119130617

CAPÍTULO 18 171

DESAFIOS DO ENFERMEIRO FRENTE À DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Francisco João de Carvalho Neto
Renata Kelly dos Santos e Silva
Gabriela Araújo Rocha
David de Sousa Carvalho
Denival Nascimento Vieira Júnior
Vitória Eduarda Silva Rodrigues
Francisco Gerlai Lima Oliveira
Raissy Alves Bernardes
Maria da Glória Sobreiro Ramos
João Matheus Ferreira do Nascimento
Vicente Rubens Reges Brito
Luana da Silva Amorim
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.94119130618

CAPÍTULO 19 183

DISFUNÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO VALE DO SINOS

Julia Garske Rieth
Márcia Augusta Basso de Alexandre

DOI 10.22533/at.ed.94119130619

CAPÍTULO 20 193

IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À CRIANÇA E À FAMÍLIA NA ESF

Patricia Bitencourt Avila
Carla Rosana Mazuko dos Santos
Ana Paula Matta dos Santos Costa
Alex Sandra Avila Minasi
Giovana Calcagno Gomes

DOI 10.22533/at.ed.94119130620

CAPÍTULO 21 200

MONITORIA NA DISCIPLINA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: PASSOS EM DIREÇÃO À OBSTETRÍCIA

Katiele de Souza Queiroz
Lílian Dornelles Santana de Melo
Sabrina Amazonas Farias de Menezes
Maria Suely de Souza Pereira
Semirames Cartonilho de Souza Ramos

DOI 10.22533/at.ed.94119130621

CAPÍTULO 22 205

O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NO MANEJO COM DEFICIENTES AUDITIVOS

Vanessa Stéffeny dos Santos Moreira
Emanuel Cardoso Monte
Sheron Maria Silva Santos
Marina de Souza Santos
Adylla Carollyne Vieira
Maria Jucilania Rodrigues Amarante
Larissa Povoá da Cruz Macedo
Cicera Fernanda David de Lima
Mirelle Silva Pereira
José Fagner Marçal Vieira
Carlos André Moura Arruda
Yterfania Soares Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.94119130622

CAPÍTULO 23 216

O ENSINO DA DISCIPLINA SAÚDE INDÍGENA NOS CURSOS SUPERIORES DE ENFERMAGEM EM MANAUS – AM

Dorisnei Xisto de Matos
Elaine Barbosa de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.94119130623

CAPÍTULO 24 224

O OLHAR DO EGRESSO SOBRE O SIGNIFICADO DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM NEUROCIRÚRGICA

Felipe Ribeiro Silva
Ana Cristina dos Santos
Josiane Maria Oliveira de Souza
Marcia Cristina da Silva Magro

DOI 10.22533/at.ed.94119130624

CAPÍTULO 25 236

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Werbeth Madeira Serejo
Hedriele Oliveira Gonçalves
Glaucya Maysa de Sousa Silva
Liane Silva Sousa
Raylena Pereira Gomes
Renato Douglas e Silva Souza
Jairon dos Santos Moraes
Márcio Ferreira Araújo

DOI 10.22533/at.ed.94119130625

CAPÍTULO 26 246

O PERFIL DO ENFERMEIRO FRENTE A MULTIDISCIPLINARIDADE EM ONCOGERIATRIA

Ciro Félix Oneti
Raquel De Souza Praia
Inez Siqueira Santiago Neta
Andréa Rebouças Mortágua
Michelle Silva Costa
Euler Esteves Ribeiro
Ednéa Aguiar Maia Ribeiro
Juliana Maria Brandão Ozores
Priscila Lyra Mesquita
Arthenize Riame Praia G.C. Araújo

DOI 10.22533/at.ed.94119130626

CAPÍTULO 27 255

OS ENTRAVES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES HOMOSSEXUAIS

Maria Mileny Alves da Silva
Francisco João de Carvalho Neto
Renata Kelly dos Santos e Silva
Patrícia Regina Evangelista de Lima
Letícia Gonçalves Paulo
Lucas Sallatiel Alencar Lacerda
Fellipe Batista de Oliveira
Raissy Alves Bernardes
Jéssica Anjos Ramos de Carvalho
Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues
Vicente Rubes Reges Brito
Igor Palhares Câmara Costa
Dinah Alencar Melo Araujo
Ingyrd Hariel da Silva Siqueira Barbosa
Samila Lacerda Pires
Maria Luziene de Sousa Gomes
Jéssica Denise Vieira Leal

DOI 10.22533/at.ed.94119130627

CAPÍTULO 28 265

PROFILAXIA A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO TRABALHO DE PARTO: REFLEXÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Grace Kelly Lima da Fonseca
Raquel Vilanova Araújo
Maryanne Marques de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.94119130628

CAPÍTULO 29 274

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO: INTERESSE E ENVOLVIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Floriacy Stabnow Santos
Marcelino Santos Neto
Romila Martins de Moura Stabnow Santos
Suzan Karla Leite Martins
Victor Gabriel Aquino da Silva
Vitória Caroline de Lima Rodrigues
Welison Lucas Rodrigues Lima
Lívia Fernanda Siqueira Santos
Ytallo Juan Alves Silva Pereira
Iolanda Graepp Fontoura
Volmar Morais Fontoura

DOI 10.22533/at.ed.94119130629

CAPÍTULO 30 284

TEORIA DE JEAN WATSON E O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA FÍSICA

Manoelise Linhares Ferreira Gomes
Isabelle Frota Ribeiro Queiroz
Joana Karenn Pereira Viana
Lara Silva de Sousa
Elys Oliveira Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.94119130630

CAPÍTULO 31 295

TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS: A EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O USO DESTA PRÁTICA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Fabiane de Amorim Almeida
Audrey Avelar do Nascimento
Adriana Maria Duarte

DOI 10.22533/at.ed.94119130631

CAPÍTULO 32 307

TORNAR REFLETIDO O PRÉ-REFLETIDO: O CONTRIBUTO DA FENOMENOLOGIA PARA A DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

Carolina Miguel Graça Henriques
Maria Antonia Rebelo Botelho
Helena da Conceição Catarino

DOI 10.22533/at.ed.94119130632

CAPÍTULO 33 320

TRANSIÇÃO DO PREMATURO PARA O DOMICÍLIO: A DINÂMICA FAMILIAR

Marisa Utzig Cossul
Aline Oliveira Silveira
Monika Wernet
Maria Aparecida Gaiva

DOI 10.22533/at.ed.94119130633

CAPÍTULO 34 334

TREINANDO FUNCIONÁRIOS RECÉM-ADMITIDOS: DESAFIO PARA O ENFERMEIRO QUE ATUA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Fabiane de Amorim Almeida
Fabiana Lopes Pereira Santana

DOI 10.22533/at.ed.94119130634

CAPÍTULO 35 347

VISITAS DOMICILIARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Leonilson Neri dos Reis
Ernando Silva de Sousa
Assuscena Costa Nolêto
Eláinny Crisitina Rocha Fernandes
Adaiane Alves Gomes
Vânia Maria de Sousa Castelo Branco
Érica Débora Feitosa da Costa
Luzia Neri dos Reis
Gildene Costa
Maria Patrícia Cristina de Sousa
Lorena Rocha Batista Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.94119130635

SOBRE O ORGANIZADOR..... 359

A APLICAÇÃO DA METODOLOGIA DE BRAINSTORMING NA ABORDAGEM DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

Juliana Campelo Costa

Estudante. Discente na Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM) – Manaus (AM), Brasil.

Fabiana de Paula Gomes

Estudante. Discente na Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM) – Manaus (AM), Brasil

Nariani Souza Galvão

Enfermeira. Doutora. Docente na Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM) – Manaus (AM), Brasil.

Rodrigo da Silva Ramos

Estudante. Discente na Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM) – Manaus (AM), Brasil.

Silvani Vieira Cardoso

Enfermeira. Especialista. Docente na Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM) – Manaus (AM), Brasil.

RESUMO: **Objetivo:** Relatar a aplicação da metodologia brainstorming na prevenção a lesão por pressão. **Método:** Estudo de natureza descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência referente à aplicação da metodologia brainstorming na abordagem dos acadêmicos de enfermagem sobre a prevenção a lesões por pressão, que ocorreu durante três meses do ano de 2018, em uma unidade hospitalar. **Resultados:** Nesta atividade de extensão, a maioria dos pacientes demonstrava não ter conhecimento sobre o

assunto e desconhecimento sobre os fatores que envolvem a LP. **Conclusão:** Tendo em vista o resultado satisfatório alcançado pelos alunos através da brainstorming, nota-se que realmente esta ferramenta é eficaz, levando a pensar que pode ser esse o motivo dela ser antigo e mesmo assim continuar sendo a mais utilizada no processo de ensino-aprendizagem. **PALAVRAS-CHAVE:** Lesão Por Pressão; Prevenção e Controle; Cuidado de Enfermagem

ABSTRACT: **Objective:** To report the application of the brainstorming methodology in the prevention of pressure injury. **Method:** This is a descriptive, qualitative study of the experience report referring to the application of the brainstorming methodology in the approach of nursing students about the prevention of pressure injuries, which occurred during three months of 2018, in a hospital unit. **Results:** In this extension activity, the majority of the patients demonstrated to be unaware about the subject and lack of knowledge about the factors that involve LP. **Conclusion:** In view of the satisfactory results achieved by the students through brainstorming, it is noted that this tool is really effective, leading one to think that this may be the reason for being old and still be the most used in the teaching- learning.

KEYWORDS: Pressure Ulcer; Prevention & Control; Nursing Care

1 | INTRODUÇÃO

A Brainstorming ou “tempestade cerebral” é uma metodologia ativa que está focada na identificação de um raciocínio através de uma vasta linha de criação, podendo ser realizada principalmente em grupos (NPUAP, 2016). Considerando esta ferramenta como um meio de promover a interação entre os alunos e o público-alvo (pacientes acamados ou não e seus acompanhantes) e também de facilitar a obtenção do conhecimento acerca das ações preventivas de lesão por pressão (LP), decidiu-se aplica-la. Sabe-se que a Lesão por Pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato(SANTO, 2015). Ou seja, é um problema que pode afetar o paciente devido à sua condição, caso o mesmo não saiba do que se trata.

Então, o projeto de educação em saúde, desenvolvido por docentes e acadêmicos de enfermagem, estava centrado em instruir a população sobre as LP's e a sua prevenção.

2 | OBJETIVO

Relatar a aplicação da metodologia brainstorming na abordagem dos acadêmicos de enfermagem sobre a prevenção a lesões por pressão.

3 | METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência referente à aplicação da metodologia brainstorming na abordagem dos acadêmicos de enfermagem sobre a prevenção a lesões por pressão, que ocorreu durante três meses do ano de 2018, em uma unidade hospitalar. Os discentes entravam em grupos nas enfermarias, cada um dirigia-se aos leitos dos clientes, questionando primeiramente sobre o que cada pessoa sabia sobre as LP's, instigando a mente dela associar a pergunta com algum ponto de vista obtido antes. Logo após o primeiro contato, havia a explicação do conceito das LP's, os sinais, as suas classificações, os seus métodos de prevenção, permitindo assim a formação da opinião através do entendimento do assunto.

4 | DISCUSSÃO

Na enfermagem, o cuidado com LP tem sido otimizado e pesquisas têm sido feitas a respeito. Nesta atividade de extensão, a maioria dos pacientes demonstrava não ter

conhecimento sobre o assunto e desconhecimento sobre os fatores que envolvem a LP. As orientações feitas apresentavam efeitos visíveis, já que os pacientes questionavam e acatavam muitos dos cuidados sugeridos pelos alunos.

5 | CONCLUSÃO

Tendo em vista o resultado satisfatório alcançado pelos alunos através da brainstorming, nota-se que realmente esta ferramenta é eficaz, levando a pensar que pode ser esse o motivo dela ser antiga e mesmo assim continuar sendo a mais utilizada no processo de ensino-aprendizagem. Sendo essencial na vida do estudante ou profissional de enfermagem, principalmente na área de ações educativas.

REFERÊNCIAS

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). **Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP**. 2016 [cited 2018 Jun 25]. Available from: <http://www.npuap.org/about-us> (1)

Santo R. Biblioteca Sebrae [página na internet]; 2015 acesso em 11 de agosto de 2018. Disponível em: [https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/741A876FE882890820325E7C00614A23/\\$File/NT00002206.pdf](https://bibliotecas.sebrae.com.br/chronus/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/741A876FE882890820325E7C00614A23/$File/NT00002206.pdf) (2)

A ENFERMAGEM E O CUIDADO HUMANIZADO AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO MENTAL

Genilton Rodrigues Cunha

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Michelle Lacerda Azevedo

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Camila Augusta dos Santos

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Marcilene Rezende Silva

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Luciana Alves Silveira Monteiro

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

Lilian Machado Torres

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – Minas Gerais

RESUMO: A reforma psiquiátrica brasileira é um movimento histórico de características política, social e econômica, no qual a humanização do cuidado é prática ostensiva da enfermagem. Objetivou-se identificar como os enfermeiros incorporam características do cuidado humanizado junto ao indivíduo em sofrimento mental. Revisão integrativa da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde, nos bancos de dados LILACS, SciELO e BDEnf.

A amostra constituiu-se de onze artigos. Os resultados apontaram que no passado os cuidados oferecidos eram pautados na lógica assistencial da institucionalização e medicalização excessiva, sendo o enfermeiro pivô para a implementação dos serviços substitutivos, transpondo novos desafios e estabelecendo dignidade e individualidade ao usuário em sofrimento mental. Os profissionais precisam desenvolver competências relacionadas à escuta qualificada e criatividade nas práticas cotidianas. Assim, tanto o serviço substitutivo, quanto a atenção primária tem um grande desafio ao vislumbrar a complexidade do atendimento humanizado ao indivíduo nessa situação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Hospitais psiquiátricos; Humanização da assistência; Saúde mental; Pessoas mentalmente doentes.

NURSING ACTIONS AND THE HUMANIZED CARE TO THE INDIVIDUAL IN MENTAL SUFFERING

ABSTRACT: Brazilian psychiatric reform is a historical movement of political, social and economic characteristics, where the humanization of care is the ostensible practice of nursing. The objective was to identify how nurses incorporate characteristics of humanized

care with the individual in mental suffering. Integrative literature review in the Virtual Health Library, in the LILACS, SciELO and BDEnf databases. The sample consisted of eleven articles. The results pointed out in the past the care offered were based on the care logic of institutionalization and excessive medicalization, being the nurse pivot for the implementation of substitutive services, transposing new challenges and establishing dignity and individuality to the user in mental suffering. Professionals need to develop skills related to qualified listening and creativity in everyday practices. Thus, both the substitutive service and primary care have a great challenge in seeing the complexity of humanized care for the individual in this situation.

KEYWORDS: Nursing; Psychiatric hospitals; Humanization of care; Mental health; Mentally ill people.

1 | INTRODUÇÃO

A política de saúde mental teve início na década de 1980 com a mobilização dos usuários, familiares e profissionais da saúde em prol de mudanças na realidade manicomial vigente (Brasil, 2013). Organizou-se um movimento com o objetivo de mudar a realidade enclausuradora que impulsionou e fez emanar os direitos daqueles indivíduos com algum tipo de psicopatologia instalada, e, por conseguinte, banidos da sociedade (Brasil, 2013; Santos, Lino, Vasconcelos, & Souza, 2016).

Assim, a reforma psiquiátrica brasileira, movimento histórico e dialético, influenciou o processo de desinstitucionalização das pessoas com adoecimento mental e, atualmente, discute-se como se dá e dará a reinserção desse grupo de indivíduos no meio social (Braga, 2012).

Ressalta-se a necessidade de exercício permanente da cidadania. Não somente o controle da sintomatologia, mas também de modo a organizar os serviços de saúde que fomentem a participação ativa, humanizada e integralizadora de todos os envolvidos (Paes, Silva, Chaves, & Maftum, 2013).

Isso posto surge o questionamento em relação à forma como as características humanizadoras do cuidado em saúde mental tem sido incorporado pelos enfermeiros.

Percebe-se a relevância do tema a partir do entendimento de que a humanização no cuidado aos indivíduos emerge na medida em que barreiras de inclusão social e à saúde são superadas. Discutir e refletir sobre tal entendimento, por meio de estudos com abordagem qualitativa, contribui para melhor formação dos profissionais, para a gestão do cuidado e para o aprofundamento pela educação permanente com vistas à qualificação do cuidado.

2 | OBJETIVO

Identificar como os enfermeiros incorporam características do cuidado humanizado junto ao indivíduo em sofrimento mental.

3 | METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, considerada um método de pesquisa qualitativa, capaz de introduzir evidências na saúde. Foram percorridas seis etapas distintas: elaboração do problema, coleta, avaliação, análise, interpretação e apresentação dos resultados (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde, nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BDEnf (Base de Dados de Enfermagem). Foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde direcionados à temática: “Enfermeiros”, “Hospitais psiquiátricos”, “Humanização da assistência”, “Saúde mental” e “Pessoas mentalmente doentes”.

Após os cruzamentos de descritores identificou-se uma população de 30 artigos, analisados pelo título e resumo e excluídos os que não atenderam aos critérios de inclusão: artigos em língua portuguesa ou espanhola, disponíveis na íntegra, e publicados nos últimos cinco anos, recorte temporal para garantir a atualidade sobre a questão proposta. Foram incluídos os que responderam à pergunta norteadora: “Como os enfermeiros acompanharam a mudança de paradigma de uma prática institucional para o serviço de atenção à saúde mental aberto e comunitário, pautado nos princípios da humanização?”. Percebe-se que a abordagem qualitativa dos estudos selecionados permitiu análise de dados subjetivos, para além de eventuais dados quantitativos apresentados.

A amostra constituiu-se de 11 estudos, lidos na íntegra, utilizando-se um instrumento para organizar a coleta de informações, a partir das variáveis relacionadas aos autores: profissão, área de atuação, país de qualificação e qualificação dos autores. Outras variáveis dedicadas às publicações: fonte, ano, periódico, idioma e delineamento do estudo. Por fim, incluiu-se a variável de interesse, ou seja, a forma pela qual os enfermeiros incorporam características do cuidado humanizado ao indivíduo em sofrimento mental. Tal conjunto dados permitiu a organização dos resultados e sua categorização.

4 | RESULTADOS

Do total de autores 30 (88%) são enfermeiros, três (9%) psicólogas e um (3%) advogado. Pela titulação dos pesquisadores detectou-se que 36 (86%) são doutores, quatro (9%) mestres e dois (5%) especialistas. Quanto à abordagem metodológica seis (54%) são pesquisas qualitativas, sendo quatro (36%) revisões de literatura e um (9%) estudo com abordagem quantitativa.

A análise qualitativa da amostra permitiu agrupar os conteúdos em três categorias que representam como os enfermeiros incorporam características do cuidado humanizado ao indivíduo em sofrimento mental na mudança paradigmas assistenciais

na saúde mental. São elas: O passado e o surgimento dos serviços substitutivos; A necessidade de humanização do cuidado ao indivíduo de sofrimento mental; e, A adequação da formação acadêmica do enfermeiro.

4.1 O passado e o surgimento dos serviços substitutivos

No passado os cuidados eram pautados em uma lógica assistencial, voltados para a institucionalização excessiva (Feitosa, Silva, Silveira, & Santos Junior, 2012) e os indivíduos eram excluídos, segregados e sofriam todo o tipo de violência. O uso de fármacos se dava de maneira indiscriminada (Guimarães, Borba, Larroca, & Maftum, 2013; Moll, Mendes, Ventura, & Mendes, 2016). Nesse sentido, a atuação do enfermeiro centrava-se na visão técnica, acrítica, silenciada e repressiva, com a reprodução pontual de contenção física e administração de medicamentos de maneira inadvertida (Pessoa Junior, Santos, Clementino, Oliveira, & Miranda, 2016). O advento de legislações e da Reforma Psiquiátrica faz surgir os serviços substitutivos, novos dispositivos de cuidado em saúde mental, que garantem a assistência eficaz na promoção da saúde e prevenção de agravos, a partir de uma rede de cuidados diversificada (Souza, & Afonso, 2015).

Assim, descortina-se a complexidade do atendimento (Costa, Silveira, Vianna, & Silva-Kurimoto, 2012) e mudanças no paradigma do cuidado, quer sejam estruturais, operacionais e doutrinárias, que influenciam o cuidado (Pessoa Junior, Santos, Clementino, Oliveira, & Miranda, 2016). Abrem-se possibilidades para traçar caminhos para as ações humanizadas e humanizadoras.

4.2 A necessidade de humanização do cuidado ao indivíduo de sofrimento mental

A Reforma Psiquiátrica e a substituição de ações restritivas e primitivas no cuidado estabeleceram a reestruturação do processo de trabalho, de modo a incentivar atitudes mais humanas e acolhedoras (Braga, 2012) que contribuam para a redução de agravos e danos (Sobral, & Campos, 2012). Ressalta-se que o cuidado em saúde desempenhado pela equipe multiprofissional, principalmente pelo enfermeiro, não prevê punição ou descaso e, sim, contornar o sofrimento com palavras acolhedoras e incentivadoras, devendo-se, portanto, valorizar a vida e promover uma inter-relação voltada para os moldes da clínica ampliada preconizada pela Política Nacional de Humanização (Trajano, & Silva, 2012; Guimarães, Borba, Larroca, & Maftum, 2013). Trata-se de um processo que identifica e responde às necessidades individuais (Coelho, & Sequeira, 2014). Descortina-se, a partir daí, uma real necessidade de melhor preparação dos profissionais.

4.3 Adequação da formação acadêmica do enfermeiro

O cuidado assistencial ao indivíduo com adoecimento mental deve ser abordado na formação do enfermeiro, posto ser necessário o desenvolvimento de competências,

habilidades e atitudes para lidar com esse indivíduo. Contudo, vários são os estudos que apontaram limitação nesse aprendizado (Souza, & Afonso, 2015; Pessoa Junior, Santos, Clementino, Oliveira, & Miranda, 2016). Torna-se essencial, qualificar o enfermeiro desde a graduação para a comunicação terapêutica (Coelho & Sequeira, 2014) e para a assistência de enfermagem ao indivíduo com transtorno psíquico, pois dessa maneira se implementam os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Paralelamente, os planos de cuidados mais humanizados, singulares e multifacetados, em conjunto à equipe multiprofissional, (Oliveira, Silva, Medeiros, Queiroz, & Guimarães, 2015; Moll, Mendes, Ventura, & Mendes, 2016) transformam-se em características do cotidiano dos enfermeiros.

5 | DISCUSSÃO

A história demonstra que os serviços substitutivos deram vida ao acolhimento psiquiátrico (Brasil, 2013). As mudanças se basearam na criação de uma rede de serviços extra-hospitalares ou serviços substitutivos. Nota-se haver uma preocupação entre os trabalhadores com a continuidade da resolução dos casos, pois, eventualmente, os encaminhamentos propiciam a fragmentação da assistência. E o usuário se perde no sistema que contribui pouco para a sua integridade e para o avanço da reforma psiquiátrica (Machineski, Schran, Caldeira, & Rizzotto, 2017).

O novo modelo pressupõe equipe multi e interprofissional que programe as atividades e considere o interesse e a necessidade do indivíduo para o exercício da cidadania. Por consequência, promove a prática de inclusão e respeita a diversidade, a subjetividade e a capacidade do indivíduo. Trata-se de um trabalho sistemático de compartilhamento de saberes, da convivência, da flexibilidade subjetiva, para descobertas de si e do mundo (Noronha, Folle, Guimarães, Brum, Schneider, & Motta 2016).

Embora, alguns procedimentos ainda sejam utilizados, vários são os indicadores de melhora na qualidade da assistência (Cardoso, Santos, Ribeiro, Silva, & Mota, 2016) a partir da integralidade e interdisciplinaridade. Um estudo reforça que a equipe de enfermagem em saúde mental consegue atingir tal comunhão nas ações desenvolvidas no processo de saúde e doença. A enfermagem busca novos rumos para que o cuidado se torne mais vivo, humano e afetivo (Sousa, & Medeiros, 2017).

Portanto, essas ações terapêuticas relacionam-se ao cuidado humanizado, por exemplo, no modo como o enfermeiro demonstra consciência dos valores e princípios de um tratamento que inclua e considere o outro. Devem estar pautadas em sentimentos, desejos e valores do indivíduo para estabelecer uma comunicação efetiva, seja ela verbal ou não. Consequentemente, se pode afirmar que o atendimento passa a se dar de forma integral e humanizada (Nóbrega, Silva, & Sena, 2016).

O atendimento com tais características requer do enfermeiro a formação que lhe dê condições para esse cuidado que, a partir do estabelecimento de vínculos e

da responsabilidade, é capaz de produzir novos e melhores cuidados. E a ação de enfermagem deve focar o indivíduo em sofrimento mental em ambiente terapêutico mais amplo (Duarte, Lavorato Neto, Rodrigues, & Campos, 2016), cujos desafios são cuidar a partir da integridade e com o acompanhamento de equipe multiprofissional, de forma acolhedora e com vistas a inserir o indivíduo no contexto familiar e na sociedade. Tornam-se pertinentes a qualificação e preparação dos profissionais para atender a demanda imposta (Chaves, Lara, Lima, & Torres, 2017). Percebe-se que o enfermeiro terá muitos desafios em sua prática para conseguir sanar as deficiências de sua formação e desenvolver competências para a assistência à população com transtorno psíquico de forma sistematizada. Isso inclui tanto o cuidado assistencial, gerencial e administrativo, o que se configura num cotidiano de autoconhecimento e autodesenvolvimento. Novos estudos são bem-vindos para atender a tais vieses.

6 | CONCLUSÕES

O estudo qualitativo na metodologia revisão da literatura permitiu descrever as principais competências que um enfermeiro deve possuir para a assistência em Saúde Mental. A questão de pesquisa formulada e os estudos selecionados foram analisados em seu conteúdo, no sentido de fazer emergir ideias, conceitos, direções que somente podem ser avaliados de forma qualitativa. Os serviços substitutivos, assim como toda a atenção à saúde, passaram a exigir a humanização do cuidado que não pode ser apenas procedimental, mas com competências desenvolvidas na formação acadêmica. Ademais, a análise qualitativa dos estudos demonstrou que o cuidado de enfermagem na saúde mental é campo ainda a ser muito explorado, de modo a ser possível a transposição do cuidado mecanicista para uma atenção integral. E o enfermeiro, componente da equipe multiprofissional, torna-se responsável pela visibilidade do cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

- Braga, G. A. R. A. (2012). Política Nacional de Humanização (PNH) e a psicanálise: Convergência no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 7(2), 235-246.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 27 de fevereiro de 2018.
- Cardoso, L. S., Santos, D. F., Ribeiro, J. P., Silva, P. A., & Mota, M. S. (2016). Assistência de enfermagem desenvolvida em um centro de atenção psicossocial. *VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde*, 27, 41-49.
- Chaves, M. L. R. C., Lara, M. M. C., Lima, A. S., & Torres, L. M. (2017). Influências no Cuidado de Enfermagem ao Portador de Sofrimento Mental no Brasil: Revisão da Literatura. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 1(2), 94-103.

- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 31-38.
- Costa, A., Silveira, M., Vianna, P., & Silva-Kurimoto, T. (2012). Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 46-53.
- Duarte, V., Lavorato Neto, G., Rodrigues, L., & Campos, C. (2016). Ditos acadêmicos do ontem e do hoje acerca do papel da enfermagem no processo e rotina da desinstitucionalização. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental e Drogas*, 12(2), 116-136.
- Feitosa, K. M. A., Silva, T. S., Silveira, M. F. A., & Santos Junior, H. P. O. (2012). (Re) construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, 14 (1), 40-54.
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Larroca, L. M., & Maftum, M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), 361-369.
- Machineski, G. G, Schran, L. S., Caldeira, S. & Rizzotto, M. L. F. (2017). A estrutura organizacional da rede de saúde mental brasileira: revisão integrativa. *Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde*, 3(1), : s/p.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa Para a incorporação de evidencias na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Moll, M. F., Mendes, A. C., Ventura, C. A. A., & Mendes, I. A. C. (2016). Os cuidados de enfermagem e o exercício dos direitos humanos: Uma análise a partir de realidade em Portugal. *Escola Anna Nery*, 20 (2), 236-242.
- Nóbrega, M. P. S. S, Silva, G. B. F., & Sena, A. C. R. (2016). Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *Atas CIAIQ-2016*, (2), 41-49.
- Noronha, A. A., Folle, D. G., Guimarães, A. N., Brum, M. L. B, Schneider, J. F., & Motta, M. G. C. (2016). Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37(4), e56061. Epub Dec 15, 2016.
- Oliveira, L., Silva, R., Medeiros, M., Queiroz, J., & Guimarães, J. (2015). Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 71(1), 1774-1782.
- Paes, M. R., Silva, T. L., Chaves, M. M. N., & Maftum, M. A. (2013) O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(2), 407-412.
- Pessoa Junior, J. M., Santos, R. C. A., Clementino, F. S., Oliveira, K. K. D., & Miranda, F. A. N. (2016). A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectiva. *Escola Anna Nery*, 20(1), 83-89.
- Santos, J. E, Lino, D. C. S. F., Vasconcellos, E. A., & Souza, R. C. (2016). Processos formativos da docência em saúde mental nas graduações de enfermagem e medicina. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Esp 4, 85-92.
- Sobral, F. R., & Campos, C. J. G. (2012). O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa. *SMAD – Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 8(2), 100-107.

Sousa Y. G., & Medeiros S. M. (2017). Oficinas terapêuticas ressignificando o cuidar de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. *Enfermagem Revista*, 20(1), 23-30.

Souza, M. C., & Afonso, M. L. M. (2015). Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 332-347.

Trajano, A. R. C., & Silva, R (2012). Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. *Polis e Psique*, 2(3), 16-36.

A FIGURA MATERNA COMO VÍTIMA SECUNDÁRIA DE ABUSO SEXUAL

Winthney Paula Souza Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Francisca Tatiana Dourado Gonçalves

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Maria Ionete Carvalho dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Mônica dos Santos de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Rudson Vale Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Evando Machado Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Pedro Wilson Ramos da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Maria de Jesus Martins de Andrade Silva Cunha

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA

Caxias – MA

Maria do Socorro de Sousa Cruz

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

Murilo Simões Carneiro

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do
Maranhão - UNIFACEMA
Caxias – MA

RESUMO: Nos dias atuais, a figura materna ainda guarda o símbolo cultural e socialmente construído da personificação do amor, afeto, conselho, sendo aquela que afaga, compreende e escuta, tendo sensibilidade de detectar quando seu filho não está bem, sempre buscando soluções que possibilitem o bem-estar do mesmo, consistindo na principal intermediadora de conflitos no lar. A figura materna faz parte do processo em que não apenas a criança passa a ser vítima, a mãe é posta em muitos casos como vítima secundária do abuso sexual, que ao descobrir o sofrimento do filho passa a sofrer junto com ele carregando consigo sentimento de revolta. **OBJETIVO:** Estudar a violência sexual contra crianças e adolescentes e a vivência das mães como vítimas secundárias para compreensão, percepção e sentimentos maternos desenvolvidos frente ao abuso sexual dos filhos. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão

de literatura bibliográfica sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes e a vivência materna frente ao abuso, revisitando informações sobre violência sexual, os tipos de abuso, os impactos e consequências a curto e longo prazo na vida das vítimas e de suas mães. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A mãe é vista como protetora e tem um papel muito importante, por ser aquela que a criança deposita toda a sua confiança desde a gestação, nascimento e desenvolvimento. Além de ser uma das principais pessoas para quem a vítima revela o abuso, e suas respostas podem influenciar na capacidade da criança lidar com a experiência. A mãe está envolvida tanto quanto o filho na violência sexual, portanto, necessita de tratamento assim como a vítima, pois, a resposta materna é tida como um fator chave para a recuperação do filho, pois ao tomar conhecimento do abuso sexual espera-se que a mãe adote uma postura de cuidado e proteção. **CONCLUSÃO:** As reações maternas diante da situação de violência contra seus filhos, produzem comportamentos firmados no sofrimento, representados pela dor, revolta e sensação de impotência. É fundamental oferecer apoio e assistência não somente a criança ou adolescente, a mãe é vítima secundária e necessita de estratégias para recuperação das marcas e consequências deixadas pelo abuso sexual praticado contra seus filhos.

PALAVRAS CHAVE: Abuso sexual; Relações mãe-filho; Percepção.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde – OMS, em seus dados, mostra que no Brasil o abuso sexual é um dos tipos de violência mais comuns, atingindo principalmente crianças e adolescentes, não importando cor, raça ou condição social, perpetrado nos espaços intra ou extrafamiliar, expresso através de toda e qualquer forma de práticas sexuais, onde o abusador age através de violência física e/ou ameaças, impondo sua vontade, não apenas com comportamentos que produzam o ato sexual, mas também através de voyeurismo, exibicionismo, palavras, toques e carícias.

Os números de abusos são alarmantes, crescem no país a cada ano, registrar fidedignamente esses dados ainda é um dos desafios atuais, pois existem casos em que a denúncia não é realizada. As crianças e adolescentes que passam pelo abuso sexual podem desenvolver em suas vidas diversas sequelas prejudicando, dessa forma, o desenvolvimento psicológico e social.

O abuso sexual sempre esteve presente no núcleo familiar, no entanto, passou a ter maior visibilidade e combate a partir da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA em 1990, uma lei protetiva que assegura os direitos e deveres destes. O ECA designa que a criança e ao adolescente são prioridade e cabe ao Estado, sociedade, comunidade, família e ao poder público assegurar os direitos, colocá-los a salvo de toda e qualquer forma de violência.

Pedra et. al., diz que os perpetradores em sua maioria estão dentro da própria casa da vítima, muitos são os responsáveis pelos cuidados da criança ou adolescente e exercem o papel contrário, oferecendo violência, fazendo prevalecer o domínio e o

poder do mais forte sobre o mais fraco, gerando na vítima um sentimento de medo e insegurança.

Nos dias atuais, a figura materna ainda guarda o símbolo cultural e socialmente construído da personificação do amor, afeto, conselho, sendo aquela que afaga, compreende e escuta, tendo sensibilidade de detectar quando seu filho não está bem, sempre buscando soluções que possibilitem o bem-estar do mesmo, consistindo na principal intermediadora de conflitos no lar. Em casos de abuso, a figura materna faz parte do processo em que não apenas a criança passa a ser vítima, a mãe é posta em muitos casos como vítima secundária do abuso sexual, que ao descobrir o sofrimento do filho passa a sofrer junto com ele carregando consigo sentimento de revolta.

Pretende-se abordar as principais sequelas deixadas pelo abuso sexual na vida das vítimas, bem como os cuidados a serem administrados, enfatizar a mão cuidadora e vítima secundária e abordar a necessidade de medidas interventivas para melhor manejo dos sentimentos maternos frente ao abuso sexual do filho.

2 | O SILÊNCIO QUE PRECISA SER FALADO: A FIGURA MATERNA FRENTE O ABUSO SEXUAL DO FILHO

2.1 As marcas do abuso sexual infante juvenil

Segundo Fergusson, McLeod & Horwood, (2013), o abuso sexual influencia negativamente o desenvolvimento da vítima, resultando em transtornos mentais, comportamentos sexuais de risco, afetando o bem-estar psicológico, a saúde física e o bem-estar social.

As marcas que podem ficar cravadas nas crianças e adolescentes que sofrem o abuso sexual são inúmeras, a forma de lidar após a violência, varia de indivíduo para indivíduo, alguns fatores como a forma e constância das situações abusivas despertam em algumas vítimas sentimento de culpa, comprometimento da autoestima, tentativa de suicídio, medo de se aproximar de pessoas do sexo oposto, pesadelos constantes, depressão, insegurança, isolamento entre outros comprometimentos. Em muitos momentos é comum ocorrer casos onde há o abuso de poder, confiança e ameaça por parte do agressor, é a partir desse momento que o medo se torna o maior companheiro das vítimas, impedindo a mesma relatar o que aconteceu deixando o abusador sem punição. (ZUQUETE; NORONHA, 2012).

Para Hillberg, Hamilton-Giachritsis & Dixon (2011), são diversas as consequências ocasionadas pelo abuso sexual, as mais comuns entre os meninos e meninas são: raiva, ansiedade, depressão, problemas interpessoais e transtornos alimentares.

Segundo Miranda, et al (2014) quanto menor a idade da vítima mais submissa ao perpetrador será, tendo que silenciar e negar a violência por não compreender do que se trata. Arpin, Siqueira e Savegnago (2012) dizem que a maioria das vítimas

não revelam o abuso sofrido por vergonha e medo de que os adultos não acreditem em sua palavra, por isso preferem o silêncio. As vítimas, em sua maioria, quando são ameaçadas temem relatar o acontecido. Em diversos casos, as vítimas se isolam evitando aproximação com outras pessoas, o que compromete as relações interpessoais em qualquer núcleo social em que estejam inseridas.

Silva (2012) revela que o isolamento social apresentado em vítimas de abuso sexual é em decorrência ao medo da perpetuação do ato, o que leva a uma consequência imediata podendo se estabelecer por poucos dias, semanas, anos ou por grande parte de sua vida. Os medos na maioria dos casos impedem a criança ou adolescente contar o abuso sofrido por receio de ser abandonado pela família ou de rejeição expressa pela sociedade.

2.2 Mãe cuidadora e vítima secundária

A mãe é vista como protetora e tem um papel familiar bastante significativo, nela a criança deposita a sua confiança oriunda do período gestacional, nascimento e processo de desenvolvimento. Por conta dos fortes vínculos estabelecidos, em sua maioria é para ela que a vítima revela as situações abusivas e as respostas maternas podem influenciar a capacidade da criança lidar com a experiência do abuso. Diante do sofrimento vivido pela vítima, esta, vê a mãe como aquela que não a abandonará e que tomará medidas para livrá-la daquele sofrimento (SANTOS; DELL'AGLIO, 2009).

As mães tendem a exacerbar sentimentos negativos quando observam em sua prole a dor causada pela violência sexual, dificultando sua superação, pois sofrem junto aos filhos. (MASCARENHAS et al., 2010). A genitora desencadeia um sentimento de impotência. A dor dificulta a superação da realidade vivenciada, as mães percebem que não puderam impedir o sofrimento de sua prole e comprometem sua capacidade de proteger, cuidar e orientar o filho. (CANTELMO, 2010).

O apoio da figura materna é de suma importância quando o complô do silêncio é rompido e o abuso revelado. O apoio estabelecido no momento de revelação do abuso sexual, auxilia no adequado funcionamento psicológico geral da criança, ressalta-se que o apoio ou a ausência deste está fortemente ligado a condição de relacionamento entre a mãe e o perpetrador. As genitoras mostram-se mais apoiadoras quando o agressor é o ex-companheiro e pouco apoiadoras quando se trata do companheiro atual, no entanto, muitas mães de crianças vítimas de abuso sexual intrafamiliar acreditam nos relatos dos filhos, denunciam o agressor e afastam-se do mesmo (IMA; ALBERTO, 2010).

Santos & Dell'Aglio (2013), constataram que muitas mães tiveram mudanças positivas no relacionamento com o filho após a descoberta do abuso sexual mostrando-se mais próximas e atentas, esse cuidado promove a segurança pois o suporte materno funciona como um moderador dos efeitos do abuso sexual no microsistema familiar das vítimas, a criança sente que não está só e que existe alguém para defendê-la.

Baia, Veloso e Magalhães (2014), afirmam que o suporte materno é essencial, a

mãe precisa buscar ter um contato amigável com o filho para que ele se sinta à vontade para falar sobre o que está acontecendo, sem receio de ser julgado ou desprezado. A mãe ao desconfiar do abuso precisa ser a investigadora primária, sendo aquela que observa, questiona e busca respostas concretas para o que acontece com o filho, sem deixá-lo amedrontado ou inseguro.

A postura da cuidadora frente ao abuso sexual do filho tem relevância, uma vez que a vítima entende que o dever da mãe é garantir a proteção, realizando a denúncia e afastando o filho do agressor, contemplando uma atitude defensiva. Afirmam Borges e Zingler (2013) que a presença do agressor se torna um fator de risco para a continuidade dos abusos sexuais e a mãe é aquela que pode minimizar esse risco denunciando e retirando a criança do mesmo convívio que o abusador.

As mães exprimem muitos sentimentos e emoções, seja de tristeza, raiva, sensação de afastamento e falta de perspectiva de vida, esses sentimentos são experimentados por elas desde o momento que tomam conhecimento do abuso sexual que são realizados contra seus filhos (LIMA; ALBERTO, 2010). Muitas vezes o filho não sabe em quem confiar, isso advém da confusão presenciada no lar, em que a mãe fica dividida entre acreditar no perpetrador ou no filho, isso se torna mais grave quando o abusador é companheiro da mãe.

A postura da mãe em não manter o distanciamento da criança em relação ao perpetrador se torna grave, é uma atitude muito comum, a incapacidade de não dar credibilidade ao relato da vítima e isso leva a mesma a pensar que ninguém se preocupa com ela e que seu depoimento não interessa. Há diversos casos em que a mãe opta pela companhia do perpetrador em virtude da situação de dependência financeira, desemprego e por ser ele o único a manter o sustento da família (BALBINOTTI, 2010).

Siqueira et al., (2011), chama atenção para a fragilidade das relações familiares, destacando o papel da figura materna, pois a mesma é vista como o membro da família que detém a responsabilidade pela manutenção do lar e criação dos filhos, tornando-se porto seguro para sua prole, dessa forma, a ausência de uma postura de proteção, escuta acolhedora, credibilidade no relato das vítimas, pode provocar um sentimento de desamparo dos mesmos.

2.3 Vivência materna frente ao abuso sexual do filho

O abuso sexual em crianças e adolescentes é algo impactante para a vida da vítima, para a família e para a sociedade por ser uma experiência de sofrimento que aprisiona a criança e desestrutura todo o seu processo de desenvolvimento por longo tempo. Quando as mães descobrem o abuso sexual contra seus filhos, tendem a buscar informações necessárias acerca do que e como aconteceu. Passam a ter uma preocupação e atenção acerca do tempo que durou a prática do abuso sexual, se houve conjunção carnal, buscam questionar a criança e, em alguns casos, seguem para investigar o agressor, e então, denunciam. (LIMA, 2008)

De acordo com Lima e Alberto (2012), compreender a forma como a mãe entende

a situação de abuso sexual que viveu seu filho torna-se um meio de compreender como elas se constituíram enquanto sujeito-mãe ao longo de sua vivência. A partir dessa compreensão, pode-se pensar numa implementação de ações de combate a esse tipo de violência, considerando-se a importância do papel delas diante do sofrimento da criança.

De acordo com Lima e Alberto (2015), entre os sentimentos que as mães vivenciam está o distanciamento com o mundo, juntamente com a perda do interesse, tendo dificuldade em conectarem-se com as emoções, especialmente, as associadas à intimidade e sexualidade, além de estarem sempre recordando o trauma.

Existe uma grande possibilidade de inúmeras mães terem também vivenciado o abuso sexual na infância, podendo, estas reagirem com maior sofrimento ao abuso de seu filho, tendo em vista sentimento de culpa, vergonha e baixa-estima por não terem sido capazes de defendê-los do abuso, recordando assim também do seu passado, que pode ter sido cheio de omissão, frente ao que também sofreram. (PEDRA; BAPTISTA; RISMAN, 2011).

Pode-se pensar que as mães que possuem grande intimidade com os companheiros e relação distante com os próprios filhos são as mães que poderão ter dificuldade em acreditar no relato dos filhos e conseqüentemente não serão protetivas. O fato de estarem tão dependentes do companheiro faz com que a mãe não exerça seu papel diante da violência, fazendo com que esse envolvimento traga muitos danos para a vida da vítima e conseqüentemente para a mãe também. (Santos; Dell'Aglio, 2008).

Segundo Santos e Dell'Aglio (2009), a mãe pode ter relutância em denunciar e isso pode estar associada a possíveis violências que a mesma sofra no seu ambiente familiar, isso dificulta seu posicionamento por medo das possíveis ameaças realizadas pelo abusador, de perder a família constituída, de não conseguir sustentar os filhos. A violência faz com que haja a omissão mesmo não sendo seu desejo, mas por não saber como sair da roda de violência prefere calar e continuar no mesmo lugar.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, a metodologia utilizada seguiu os princípios da pesquisa bibliográfica com finalidade de agrupar identificar e analisar estudos científicos. Para inclusão dos artigos determinou-se a pesquisa em meios eletrônicos gratuitos e de acesso público, artigos disponíveis na íntegra no período de 2008 a 2018, foram excluídas as publicações incompletas. O levantamento foi realizado a partir de pesquisa eletrônica nas bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online - SCIELO e LILACS.

Os descritores utilizados foram: Abuso sexual; Relações mãe-filho; Percepção. Após o levantamento e coleta de materiais, foram realizadas leituras dos artigos para

construção do presente artigo, baseados nos estudos que problematizaram o abuso sexual na infância e adolescência, revelação do abuso sexual, mãe como vítima secundária do abuso contra os filhos.

4 | DISCUSSÃO

Os efeitos psicológicos advindos da descoberta da violência na vida da genitora podem ser devastadores, dificultando a superação das sequelas produzidas pelo abuso sexual do filho, podendo persistir o sentimento de culpa por tempo indeterminado. A mãe, inúmeras vezes tenta ser forte, mas os sentimentos de medo e fracasso não se ocultam tão facilmente, são sofrimentos sentidos e relatados como algo permanente, associado à raiva, culpabilidade, frustração, impotência, baixa autoestima, isolamento, reforçados, muitas vezes, pelos danos concretos consequentes do desvelamento do abuso. (CANTELMO; MATTA; COSTA, 2010).

De acordo com Lima e Alberto (2015), a mãe, vítima secundária perde o chão e enfrenta muitas batalhas, sem saber o que fazer, nem por onde começar, na maioria das vezes por desconhecer o assunto.

Siqueira et al., (2011), chamam atenção para a fragilidade das relações familiares, destacando o papel da figura materna, pois a mesma é vista como o membro da família que detém a responsabilidade pela manutenção do lar e criação dos filhos, tornando-se porto seguro para sua prole, dessa forma, a ausência de uma postura de proteção, escuta acolhedora, credibilidade no relato das vítimas, pode provocar um sentimento de desamparo dos mesmos. O papel da figura materna precisa estabelecer uma postura de acolhimento a fim de atenuar a dor e o medo.

Santos & Dell’Aglío (2013), apresentam que muitas mães tiveram mudanças positivas no relacionamento com o filho após a descoberta do abuso sexual estando mais próximas, e atentas a cada sinal que o filho dava. Mattos e Lima (2012), afirmam que existe a necessidade de criação de programas de auxílio com o propósito de amparar as mães e conferir suporte para estabelecer força protetional ao filho.

As vivências subjetivas das mães frente a situação de abuso sexual mostram que elas sofrem com tal circunstância e questionam-se a respeito do seu papel de mãe. Estudos mostram que mães que vivenciaram essa experiência carregam um sentimento de distanciamento com o mundo, assim como a perda de interesse em estabelecer relações sociais, expressa pelo sentimento de culpa, carregadas de implicações geradas em seu cotidiano (LIMA; ALBERTO, 2010).

As reações maternas são imprescindíveis para amenizar os traumas psicológicos da vítima, o que reforça a ideia de que a mesma é tida como uma figura importante para oferecer apoio e auxiliar a vítima a tratar as consequências do abuso. É visto que a maioria das mães não conseguem demonstrar respostas de apoio e proteção que geralmente são evidenciados por ambivalência ou inconsistência (SANTOS; DELL’AGLIO, 2009).

Sobre atribuição da mãe frente a descoberta do abuso sexual contra seu filho Huh e Cavalini (2011), destacam a presença de ambiguidade na atitude da mãe, ela apresenta inúmeras reações diante da situação como: raiva, ciúme, rivalidade e ora se sente culpada, pois a mesma entende que não cumpriu seu papel de oferecer proteção.

É extremamente importante para a vítima de abuso sexual intrafamiliar que a mãe acredite em seus relatos e tenha sentimentos de proteção em relação à vítima, pois esse suporte funciona como mediador nos impactos negativos que possam emergir posteriormente. (PEDRA; BAPTISTA, RISMAN, 2011). Geralmente a mãe é vista pela vítima como a pessoa de confiança para relatar os abusos sexuais, todavia, ela deve oferecer apoio, escuta e proteção.

Mattos e Lima (2012) afirmam que existe a necessidade de criação de programas de auxílio com o propósito de amparar as mães e conferir suporte para estabelecer força protetional ao filho. A mãe está envolvida tanto quanto o filho na violência sexual, portanto, necessita de tratamento assim como a vítima, pois, a resposta materna é tida como um fator chave para a recuperação do filho, pois ao tomar conhecimento do abuso sexual espera-se que a mãe adote uma postura de cuidado e proteção.

São diversos os fatores que contribuem para as reações maternas diante da revelação do abuso sexual do filho, que podem ser do ponto de vista negativo, como do ponto de vista positivo. Do ponto de vista negativo a mãe se nega a ver a realidade do abuso contribuindo para que o ato se perdure por mais dias, não denunciando e sendo conivente com o ato. Já do ponto de vista positivo ela busca todas as medidas possíveis para denunciar e ver o abusador pagar pelo crime que cometeu contra seu filho fazendo o que estiver ao seu alcance para que haja justiça e para que seu filho receba toda a assistência necessária para superar o evento e minimizar as sequelas deixadas pelo abuso.

A mãe está envolvida tanto quanto o filho na violência sexual, portanto, necessita de tratamento assim como a vítima, pois, a resposta materna é tida como um fator chave para a recuperação do filho, pois ao tomar conhecimento do abuso sexual espera-se que a mãe adote uma postura de cuidado e proteção.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abuso sexual infantil afeta todo o contexto familiar, a figura materna encontra-se em um universo de sentimentos variados, representados pela dor e revolta causada pela sensação de incapacidade. As reações maternas diante da situação, produzem comportamentos firmados no sofrimento, representados pela dor, revolta e sensação de impotência, no entanto, as mães, em sua maioria, apresentam o desejo de minimizar as consequências deixadas pelo abuso sexual, as dores e as alterações no comportamento dos filhos. Toda e qualquer forma de abuso sexual deixa marcas seja

em adultos crianças ou adolescentes causando inúmeros transtornos principalmente quando se refere a crianças e adolescentes, sobretudo por não terem conhecimento e maturidade para lidar com a situação, por isso que se torna mais difícil de superar o que foi vivido, chegando a ocasionar danos irreparáveis em quem sofreu o abuso sexual.

A progenitora assim como as pessoas envolvidas no contexto familiar pode influenciar nas respostas da criança vítima de abuso sexual, dessa forma, faz-se necessário a participação de todos no acolhimento e atendimento nessas situações, pois, existe o risco no desenvolvimento afetivo da criança. É fundamental oferecer apoio e assistência não somente a criança ou adolescente, a mãe é vítima secundária e necessita de estratégias para recuperação das marcas e consequências deixadas pelo abuso sexual praticado contra seus filhos, faz-se necessário ações que visem contribuir para a inserção de trabalhos preventivos que possam ajudar as pessoas a interromper esses ciclos de abuso sexual na qual estão inclusos, a fim de diminuir os efeitos psicológicos que esse ato provoca para as mães e sua prole.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, Adriana Ferreira Pinto et al. As ações do PAIR em BH: diferentes estratégias para o enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. *Percurso Acadêmico*, p. 256-268, 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977, 3. ed., 2004. 223p.

BALBINOTTI, Cláudia. A violência sexual infantil intrafamiliar: a revitimização da criança e do adolescente vítimas de abuso. *Direito & Justiça*, v. 35, n. 1, 2009.

BAIA, Pedro Augusto Dias; MAGALHAES, Celina Maria Colino; VELOSO, Milene Maria Xavier. Caracterização do suporte materno na descoberta e revelação do abuso sexual infantil. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 691-700, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400002&lng=pt&nrm=iso>.

BORGES, Jeane Lessinger; ZINGLER, Veranice Tatiane. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 18, n. 3, p. 453-463, Sept. 2013.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS*. Brasília, 2004.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília - DF, 1990.

BRASIL, Portal. *Abuso sexual é o 2º tipo de violência mais comum contra crianças, mostra pesquisa*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/abuso-sexual-e-o-segundo-maior-tipo-de-violencia-contra-criancas-mostra-pesquisa>>

BORGES, Jeane Lessinger; ZINGLER, Veranice Tatiane. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 18, n. 3, p. 453-463, Sept. 2013.

CANTELMO, Cláudia Aparecida. *A relação de proteção entre mãe e filha no contexto do abuso sexual*. 2010.

CANTELMO, Claudia Aparecida et al. Vitimização secundária: O irmão testemunha o abuso sexual da irmã. *Bol. psicol.*, São Paulo, v. 60, n. 132, p. 15-28, jun. 2010.

CAVALCANTI, Fátima Gonçalves Assis; SCHENKER, Miriam. *Violência, Família e Sociedade*. IN: NJAINE, Kathie (org.). *Os impactos da violência na saúde*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2009.

Conselho Federal de Psicologia Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2009.

COGO, Karine Suéli et al. Consequências psicológicas do abuso sexual infantil. *Unoesc & Ciências-ACHS*, v.2, n.2, p.130-139, 2012.

COSTA, Liana Fortunato et al. Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de abuso sexual. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 21-30, Mar. 2009.

COSTA, Maria Conceição O. *Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes no seu município*. Feira de Santana, BA, 2012.

CHILDHOOD.ORG Disponível em:< <http://www.childhood.org.br/depoimento-de-mae-vergonha-e-dificuldades-de-incriminar-o-agressor-sexual/>>.

FERGUSON, D. M., MCLEOD, G. F. H. & HORWOOD, L. J. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37, 664-674. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.13.

FUNDAÇÃO TELEFÔNICA. *Ação Proteção: experiências e aprendizagens em um projeto de enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes*. -São Paulo, 2013

HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Avaliação de impacto e processo de um modelo de grupo terapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual*. 2011. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

HILLBERG, T.; HAMILTON-Giachritsis, C. & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: a systematic approach. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(1), 38-49. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010386812>. PMID:21288934

HUH, Diana Myung Jin; CAVALINI, Santuza Fernandes Silveira; *CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO SEXUAL INFANTIL NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA PSICANALÍTICA*, 2011. Disponível em: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Pesquisa/pibic/publicacoes/2011/pdf/psi/diana_myung.pdf.

IMA, J., & ALBERTO, M. F. P. As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. *Escudos de Psychologies*, 15, 129-136, 2010.

LIMA, Joana Azevêdo; ALBERTO, Maria de Fatima Pereira. As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, v. 15, n. 2, p. 129-136, 2010.

LIMA, Edyane Silva de; MENDONÇA, Gislâine. A experiência profissional no serviço de enfrentamento à violência do CREAS de Assis Chateaubriand/Pr. In: FREIRE, Silene de Moraes (Org.). *Anais do IV Seminário Internacional de Direitos Humanos, violência e pobreza: a situação das crianças e adolescentes na América Latina hoje*. Rio de Janeiro, editora Rede Sirius/UERJ, 2012. ISBN – 978-85-88769-47-2. Disponível em: <http://www.proealc.uerj.br/ivseminario2012/grupos_trabalho.htm>

LIMA, J. A. *As vivências subjetivas das mães diante do abuso sexual infanto-juvenil intrafamiliar*. Dissertação de Mestrado. Paraíba, 2008.

- LIMA, Joana Azevêdo; ALBERTO, Maria de Fatima Pereira. As vivências maternas diante do abuso sexual intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, v. 15, n. 2, p. 129-136, 2010.
- MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 246-255, 2010.
- MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad. saúde pública*, v. 26, n. 2, p. 347-357, 2010.
- MATTOS, Isabela Alves; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Maternidade e o abuso sexual infantil intrafamiliar: garantir um colo protetor. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, v. 22, n. 3, p. 373-377, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MIRANDA, Ariane Camila Tagliacolo; LIMA, Edyane Silva de; MAIO, Eliane Rose. Instituições sociais: as interfaces entre escola e CREAS sobre a violência sexual contra crianças. *Revista Educação, Cultura e Sociedade*, v. 3, n. 2, 2014.
- PEDRA, Daniella O.; BAPTISTA, Marcella SPL; RISMAN, Arnaldo. O Papel da Mãe nas Relações Incestogênicas. *Revista de Saúde*, v. 2, n. 1, p. 43-52, jan./jun., 2011.
- PÉREZ-FUENTES, Gabriela et al. Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry*, v. 54, n. 1, p. 16-27, 2013.
- Santos, S. S., & Dell’Aglío, D. D. Compreendendo as mães das crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 2008.
- SANTOS, Samara Silva dos; DELL’AGLIO, Débora Dalbosco. Disclosure of child sexual abuse: mother’s reactions. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 1, p. 85-92, 2009.
- SANTOS, Samara Silva dos; DELL’AGLIO, Débora Dalbosco. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 2, 2010.
- SANTOS, S. S ; DELL’AGLIO, D. D. O processo de revelação do abuso sexual na percepção de mães. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15, 50-64, 2013.
- SANTOS, Suzel Rodrigues dos. As implicações subjetivas na família e na criança a partir do abuso sexual. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, v. 2, n. 8, 2012.
- SILVA, Sofia Vilela de Moraes e. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma análise do projeto “depoimento sem dano”. *Olhares Plurais*, Maceió-AL, v. 1, n. 6, p. 154-170, abr. 2012. ISSN 2176-9249.
- SIQUEIRA, Aline Cardoso; ARPINI, Dorian Mônica; SAVEGNAGO, Sabrina Dal Ongaro. Família e abuso sexual na perspectiva de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Aletheia*, n. 34, p. 109-122, 2011.
- SOARES VIEIRA, Monique; KRIEGER GROSSI, Patrícia; PRANTE GASPAROTTO, Geovana. Os desafios do CREAS no enfrentamento das expressões da violência sexual contra crianças e adolescentes em Porto Alegre. *Sociedade em Debate*, v. 19, n. 2, p. 132-151, 2014.

A INFLUÊNCIA DOS SINTOMAS CLIMATÉRICOS NA SEXUALIDADE FEMININA: UMA ABORDAGEM DA ENFERMAGEM

Livia Fajin de Mello dos Santos

Faculdades São José e UNIABEU. Rio de Janeiro/RJ

Louise Anne Reis da Paixão

Faculdades São José. Rio de Janeiro/RJ

Elen Cristina Faustino do Rego

Faculdades São José. Rio de Janeiro/RJ

Thaís Viana Silva

Faculdades São José. Rio de Janeiro/RJ

Thamiris Cristina Pacheco Silva

Faculdades São José. Rio de Janeiro/RJ

RESUMO: Introdução: No climatério, com a perda hormonal a mulher passa por períodos de readaptação que podem interferir diretamente na sua sexualidade. **Objetivos:** descrever a influência dos sintomas climatéricos na sexualidade feminina e discutir os cuidados de enfermagem prestados a essa mulher. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa. Os dados foram coletados através de meio eletrônico pela BVS, utilizando os descritores: climatério e sexualidade a partir da sua confirmação no DECS, com interposição do operador booleano And. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados, foram selecionados 11 artigos. A análise dos resultados foi realizada de forma descritiva, a partir dos dados extraídos dos artigos selecionados. **Resultados e Discussão:** Dos

artigos analisados, observou-se um número expressivo de publicações em revistas na área de conhecimento das Ciências da Saúde e da área da enfermagem, representando 46% cada. A maioria dos estudos foi realizado em São Paulo representando 95% das publicações. Quanto ao tipo de pesquisa, todos os artigos foram originais, a maioria de natureza quantitativa (94%). Durante o climatério, além dos fatores físicos, psicológicos, sociais e relativos ao parceiro sexual, que influenciam a função sexual, acontecem também alterações metabólicas e hormonais que trazem mudanças envolvendo o contexto psicossocial. **Conclusão:** O repasse do conhecimento pelos enfermeiros acerca da temática que envolve a sexualidade tem por permitir o empoderamento da mulher a fim de capacitá-la na identificação de alterações biopsicossociais para obtenção de maior qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Climatério; Sexualidade; Saúde da Mulher; Enfermagem

ABSTRACT: Introduction: In climacteric, with hormonal loss, the woman undergoes readaptation periods that can interfere directly with her sexuality. **Objectives:** To describe the influence of climacteric symptoms on female sexuality and to discuss the nursing care provided to this woman. **Methodology:** This is an integrative review. The data were

collected through electronic means by the VHL, using the descriptors: climacteric and sexuality from its confirmation in DECS, with interposition of the Boolean operator And. According to the inclusion and exclusion criteria presented, 11 articles were selected. The analysis of the results was done in a descriptive way, based on the data extracted from the selected articles. **Results and discussion:** From the articles analyzed, there was an expressive number of publications in journals in the area of knowledge of the Health Sciences and the nursing area, representing 46% each. The majority of the studies were carried out in São Paulo representing 95% of the publications. As for the type of research, all articles were original, most quantitative in nature (94%). During climacteric, in addition to the physical, psychological, social and sexual factors that influence sexual function, there are also metabolic and hormonal changes that bring changes involving the psychosocial context. **Conclusion:** The transfer of knowledge by nurses about the subject that involves sexuality has to allow the empowerment of women in order to enable them to identify biopsychosocial changes to obtain a higher quality of life.

1 | INTRODUÇÃO

A mulher, ao longo da fase adulta, passa por diversas transformações biológicas, chegando a uma etapa de sua vida onde ocorre gradativamente a perda hormonal. Este período é definido como climatério, compreendido como um processo de mudanças multifatoriais, onde ocorre a transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva, que afeta principalmente, a parte emocional, psicológica e física da mulher, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 55 anos (GOUVEIA et al., 2009).

A menopausa, é o marco do período climatérico, caracterizado como a interrupção permanente da menstruação após doze meses consecutivos de amenorreia e ocorre geralmente entre os 48 e 50 anos de idade. Esta fase está associada à suspensão das atividades dos folículos ovarianos devido ao hipoestrogenismo (GIORNO et al., 2010).

Grande parte das mulheres que se encontram nessa fase, apresentam sintomas transitórios ou permanente associados ao déficit estrogênico, que pode ser: ressecamento, prurido, irritação vaginal, dispareunia e urgência miccional. Em algumas mulheres, identifica-se insônia, depressão, ansiedade, irritabilidade, fadiga, sintomas psíquicos e maior risco para osteoporose e doenças cardiovasculares (GIORNO et al., 2010).

As mudanças fisiológicas do climatério podem influenciar a vida bio/psico/social da mulher e afetar diretamente a sua sexualidade (SANTOS; LEÃO; GARDENGHI, 2016). A sexualidade é um aspecto importante na qualidade de vida das mulheres independente da sua faixa etária. Porém, na fase climatérica a mulher apresenta muitas dificuldades em lidar com essas questões, principalmente pelas modificações do seu corpo e alterações hormonais (ALVES et al, 2015).

O profissional de saúde deve garantir uma assistência integral a esta mulher

quebrando possíveis tabus relacionados ao climatério, estimulando o autocuidado, a prática do sexo seguro e as terapias não medicamentosas (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da assistência de enfermagem para cuidar destas mulheres através de orientações, informações e práticas educativas associadas à alimentação saudável, atividade física (exercícios de kegel) e dúvidas sobre a intimidade sexual, quanto esta fase de forma individual e coletiva, que pode representar uma mudança significativa na redução da intensidade e ocorrência dos sintomas, apresentando às mulheres uma melhor qualidade de vida quanto sua sexualidade, autoestima e autocuidado (ALVES; COSTA; DIAS, 2013).

Este estudo tem como objetivos: descrever a influência dos sintomas climatéricos na sexualidade feminina e discutir os cuidados de enfermagem prestados a essa mulher.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa onde foram adotadas as seguintes etapas: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questões de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para nortear a revisão, formulou-se os seguintes questionamentos: Qual a influência dos sintomas do climatério na sexualidade feminina? Quais são os cuidados de enfermagem prestados a essas mulheres?

O levantamento de dados foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre março a novembro de 2018, utilizando-se como descritores: climatério, sexualidade e saúde da mulher, indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DECS), com interposição do operador booleano “And”.

Foram adotados como critérios de inclusão: idioma português, com texto na íntegra, recorte temporal de dez anos e artigos científicos. E como critérios de exclusão: artigos repetidos em mais de uma base de dados e sem relação com a temática.

Primeiramente foram associados os três descritores obtendo a quantidade de 45 publicações. Porém, ao aplicar os filtros foram selecionados somente 7 artigos. Optou-se por associar “climatério” and “sexualidade”, foram identificadas 166 publicações potencialmente elegíveis para serem indexadas nessa revisão. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 19 artigos. Após a leitura dos resumos, foram excluídos 8, sendo selecionados 11 artigos (**Figura 1**).

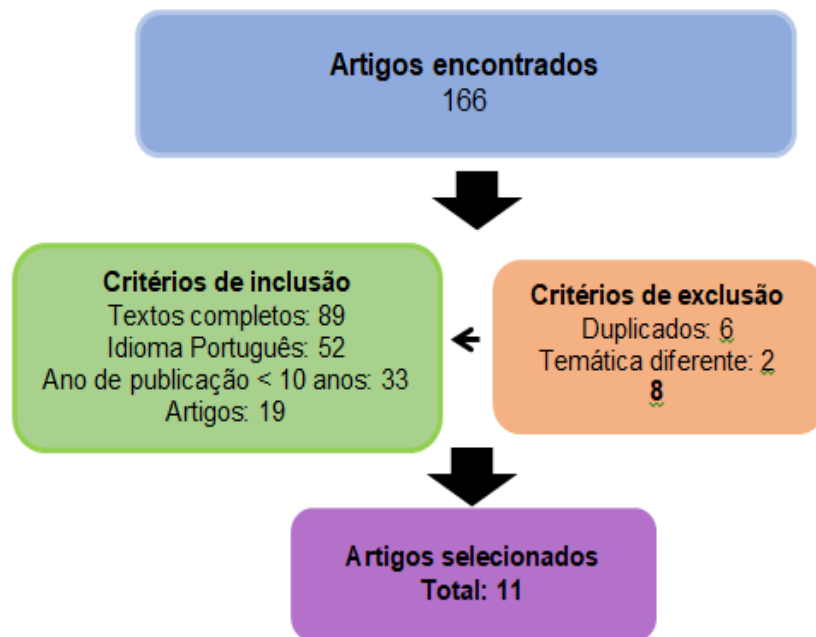


Figura 1: Publicações selecionadas após pesquisa virtual na BVS.

A extração dos dados foi realizada por meio de um roteiro semiestruturado elaborado pelos próprios autores. Optou-se pela realização da análise descritiva simples.

3 | RESULTADOS

Para esta revisão integrativa foram selecionados 11 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. As informações foram organizadas em um quadro síntese (**Quadro 1**) a partir da interpretação e resumo dos achados, facilitando a comparação entre eles. O roteiro não foi validado, mas possibilitou a extração de informações dos estudos selecionados, como: título do artigo, ano de publicação, periódico, método, local da realização do estudo e sujeito das pesquisas.

	TÍTULO	ANO	PERIÓDICO/ BASE DE DADOS	MÉTODO	LOCAL	SUJEITO
01	Efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos em mulheres com fibromialgia.	2015	Rev. Bras. Reumatol/ LILACS.	Quantitativo: ensaio clínico.	Ambulatório de Assistência ao Climatério. (Natal/RN).	Mulheres climatéricas com e sem fibromialgia.
02	Efeitos do trifolium pratense nos sintomas climatéricos e sexuais na pós-menopausa.	2010	Rev Assoc Med Bras/ LILACS.	Quantitativo: Estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego e controlado.	Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério. (São Paulo/SP).	Mulheres na faixa etária de 45 anos a 65 anos climatéricas e amenorreicas superior a um ano e sem tratamento nos últimos seis meses.
03	Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério.	2009	Rev. Latino-Am. Enfermagem/ BDENF.	Estudo qualitativo abordagem fenomenológica.	Residências e dependências do local de trabalho das participantes. (São Paulo/SP).	Mulheres entre 48 e 55 anos que haviam apresentado menopausa espontânea há 12 meses ou mais.
04	Função sexual da mulher na transição menopausal: estudo transversal.	2009	Rev Bras Med/ LILACS.	Quantitativo: Estudo transversal.	Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM. (São Paulo/SP).	Mulheres sexualmente ativas, com idades entre 45 e 55 anos e que se encontravam na perimenopausa ou pós-menopausa natural, não fazendo ou fazendo uso de terapia hormonal.

05	Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil.	2008	Rev. bras. saúde mater. infant/ LILACS.	Estudo qualitativo: construcionismo social.	Residência das mulheres participantes e unidade de saúde das quais são usuárias (São Paulo/ SP).	Mulheres de 44 a 75 anos de idade que encontravam-se no período da pré-menopausa e pós-menopausa.
06	Disfunções sexuais no climatério.	2016	Reprodução & Climatério/ LILACS.	Estudo transversal qualitativo e quantitativo.	Hospital privado de Goiânia (GO).	Mulheres entre 35 e 61 anos, que estão no climatério.
07	A vivência da sexualidade por mulheres no climatério.	2014	Rev. enferm. UFSM/ BDEF.	Estudo analítico-descritivo, de natureza qualitativa.	Unidade Básica de Saúde. (Campina Grande/ Paraíba).	Mulheres entre 35 e 65 anos de idade em período climatérico.
08	As incertezas de mulheres em vivenciar a sexualidade no climatério.	2014	Rev. enferm. UFPE on line/ BDEF.	Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa.	Residência das mulheres (Major Sales/ RN).	Mulheres na faixa etária de 40 a 55 anos e que vivenciam a sexualidade no climatério.
09	Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade.	2012	Rev Bras Ginecol Obstet/ LILACS.	Quantitativo: Estudo populacional de corte transversal.	Unidades Básicas de saúde (Natal/RN).	Mulheres entre 40 e 65 anos, atendidas nas UBS
10	Psicoterapia para a saúde sexual: resultados com um grupo de mulheres na transição menopáusica.	2011	Diagn. Tratamento/ LILACS.	Estudo epidemiológico.	Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.	Mulheres heterossexuais, com vida sexual ativa e parceiro estável, além de relacionamento de pelo menos dois anos, sobretudo alfabetizadas, e estar iniciando a transição para a menopausa.

11	Climatério e Sexualidade: A compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo.	2008	Texto contexto - enferm./ LILACS.	Estudo qualitativo.	Unidade Básica de Saúde (Juiz de Fora – MG).	Oito mulheres climatéricas, com idade entre 40 e 55 anos.
----	---	------	-----------------------------------	---------------------	--	---

Quadro 1 – Característica dos estudos seleccionados nas bases de dados para análise, Rio de Janeiro, 2019.

FONTE: Próprio autor.

Dos artigos analisados, observou-se um número expressivo de publicações em revistas na área de conhecimento das Ciências da Saúde e da área da enfermagem, representando 46% cada. Na área da medicina foram publicados 8% dos artigos em revistas específica da área. Em relação ao ano de publicação, constatou-se que, no ano de 2009 e 2014 concentrou o maior número de publicações, representando 48% cada.

O aumento do número de pesquisas nesse período pode ser justificado pelo ano de 2008 ter permitido uma ampliação do acesso de saúde às mulheres, através da Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a ampliação da efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, já previsto no Pacto pela Saúde em 2006 (PARADA, et al, 2008).

Além disso, neste mesmo ano ocorre a elaboração do Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa, desenvolvida pelo Ministério da Saúde a fim de atingir um dos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: a qualificação da atenção às mulheres nessa fase da vida. Os anos subsequentes foram reflexos de leis que tiveram de ser cumpridas em nome da qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2008).

A maioria dos estudos foi realizado em São Paulo representando 95% das publicações. Quanto ao tipo de pesquisa, todos os artigos foram originais, a maioria de natureza quantitativa (94%). O cenário de estudo das pesquisas foram à atenção básica (2,5%), hospitalar (95%) e residência dos sujeitos (2,5%).

Como principais resultados, identificou-se que os fogachos, humor depressivo e ressecamento vaginal, revelaram maior risco de disfunção sexual. Além do ressecamento vaginal, a diminuição ou ausência do desejo sexual e a atrofia vulvovaginal devido o hipoestrogenismo. A falta de diálogo e apoio do seu parceiro nessa fase também foi revelada como um dificultador na vivência dessa sexualidade.

A falta de informações e autonomia sobre o próprio corpo acabam levando essas

mulheres a buscar alternativas pouco resolutivas para amenizar esses sintomas. Os profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros, emergiram nos estudos como facilitadores desse processo de transição vivenciado por essas mulheres.

4 | DISCUSSÃO

4.1 A influência dos sintomas climatéricos na sexualidade feminina

O estudo realizado por Cabral et al (2012) evidenciou que as mulheres com sintomatologia climatérica, tais como: fogachos, humor depressivo e ressecamento vaginal, revelaram maior risco de disfunção sexual. Devido a presença desses sintomas ocorre a diminuição da atividade sexual, o que compromete indiretamente com a qualidade de vida dessa mulher.

As participantes do estudo realizado por Oliveira, Jesus e Merighi (2008) mencionaram que o ressecamento vaginal, a diminuição ou ausência do desejo sexual, a atrofia vulvovaginal devido o hipoestrogenismo são manifestações incômodas que afetam a relação com seu parceiro e consigo mesma. Em casos mais graves, pode gerar uma fobia ou aversão sexual .

A relação com seu parceiro precisa de muita compreensão e diálogo conjugal. Relacionamentos que possuem questões mal resolvidas durante anos podem potencializar esses problemas no período do climatério, por ser um período de grandes mudanças. Nessas relações fragilizadas quando surge a falta de desejo e prazer, ocorre um declínio na qualidade da relação e aumenta a distância para a vivência plena da sexualidade por essa mulher (OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008).

De acordo com Gonçalves e Merighi (2009) os sintomas do climatério podem ou não afetar a vivência da sexualidade. A sexualidade e a vivência do prazer precisa ser refletida a partir da experiência do corpo e não especificamente a um momento específico. Ao vincular o exercício do prazer com a relação que essa mulher estabelece com seu próprio corpo, com o outro e com o mundo ter somente vida sexual ativa não é exercer a sexualidade.

O exercício da sexualidade pela mulher ocorre pela expressão do seu afeto pelo outro e o desejo de ter alguém ao seu lado. Esse afeto e prazer proporcionam a possibilidade de se viver com qualidade. Logo, qualidade de vida passa pela função do afeto, da libido e do reconhecimento do seu corpo. Porém, se essa mulher estiver com uma baixa autoestima a presença do outro não adiantará, pois somente pelo olhar do outro ela não encontra o seu reconhecimento (GONÇALVES;MERIGHI, 2009)

A mulher climatérica, muitas vezes, se vê à margem do padrão de beleza que é aceito pela sociedade. Por achar que não se encaixa nesse padrão, recorre a produtos que a seduz por vender uma imagem feminina perfeita. Essa consciência corporal modificada, acaba se manifestando através de uma auto-estima baixa e incapacidade de provocar desejo em alguém (OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008).

Para exercer a sexualidade as mulheres devem ultrapassar os limites do contato físico e da libido, embora muitas mulheres se sentem pressionadas que para seus relacionamentos afetivos se concretizem é necessário o contato íntimo. A sexualidade não se finda pela deficiência hormonal, mas se modifica através das experiências vividas (GONÇALVES;MERIGHI, 2009).

Rocha et al (2014) ao dar voz a essas mulheres em sua pesquisa identifica que algumas se sentem reprimidas e tímidas ao falar sobre sua sexualidade. Em seus discursos ainda prevalece a idéia masculina que a sexualidade feminina é algo visto como indecente e imoral. O sexo para essas mulheres é um ato inconsciente feito apenas para satisfazer o companheiro.

A maioria das pesquisas (87%) revelaram que poucas mulheres no climatério vivem a sexualidade de forma natural e biológica. Na pesquisa elaborada por Santos et al (2014) emergiram através dos relatos que a diminuição do desejo sexual se dá pelo desconhecimento, pelas mudanças que ocorrem no seu corpo, além da disponibilidade masculina em lidar com essas alterações que ocorrem na sua vida (SANTOS et al, 2014).

Em um estudo feito com mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, foi evidenciado que a menopausa causa sentimentos ambíguos. Uma parte das mulheres relataram que o período da menopausa é um acontecimento natural no corpo e nas suas vidas. Porém, outro grupo de mulheres encaram como uma coisa ruim, que as ataca de forma inesperada. O principal risco que foi observado durante esse estudo, é a ingestão de hormônios inadvertidamente, pela falta de acompanhamento dos serviços de saúde (TRENCH; ROSA, 2008).

A experiência de mulheres quanto à utilização de métodos terapêuticos para o controle dos sintomas foi identificada em quatro pesquisas (VALADARES et al, 2008; GIORNO et al, 2010; FLEURY; ABDO, 2011; LISBOA et al, 2015;). Uma dessas pesquisas revelou que as mulheres por não conseguirem conviver com os sintomas do climatério optaram por fazer o uso de terapia hormonal, mesmo se sentindo inseguras e temerosas quanto a essa terapia. Tal fato se justifica pela falta de informação prestada pelos profissionais de saúde, visto que existem outras formas de tratamento (VALADARES et al, 2008).

No estudo realizado em São Paulo, 100 mulheres foram divididas em dois grupos, com 50 pacientes em cada. Um grupo recebeu o *Trifolium pratense*, um fitoestrogênio, e o outro recebeu placebo (controle), contendo lactose. O tratamento teve duração de um ano e durante esse período as pacientes foram avaliadas clinicamente e laboratorialmente por quatro vezes: antes do tratamento, com quatro, oito e 12 meses. O estudo evidenciou que ocorreu uma melhora em relação aos fogachos após quatro meses de tratamento, porém não ocorreu diferença significativa quando comparado entre os grupos. Em relação a sexualidade não ocorreu melhora após o tratamento (GIORNO et al, 2010).

Em Natal, foi desenvolvido um estudo comparativo entre mulheres climatéricas

com e sem fibromialgia para avaliar o efeito da cinesioterapia na qualidade de vida, função sexual e sintomas climatéricos. A associação entre climatério e fibromialgia, ainda é pouco discutida, porém os estudos sugerem que as alterações hormonais do climatério podem estar diretamente envolvidos no início dos sintomas associados à fibromialgia em mulheres entre 50 e 65 anos. Com isso, algumas manifestações clínicas da fibromialgia podem frequentemente ser confundidas com os da síndrome climatérica (LISBOA et al, 2015)

Em outro estudo foi avaliado a psicoterapia em relação à saúde sexual em mulheres no período da menopausa. O estudo revelou que após a psicoterapia, houve um aumento significativo em relação à função sexual da mulher, apresentando variações positivas e relevantes (FLEURY; ABDO, 2011).

Diante dos achados neste estudo supracitado, os autores sugerem que a cinesioterapia para o assoalho pélvico traz melhorias nos sinais e sintomas do climatério e na função sexual, o que afeta positivamente a qualidade de vida das mulheres. Entretanto, observa-se que a fibromialgia exerce efeito limitante na melhoria dessas alterações impostas pelo climatério (LISBOA et al, 2015).

4.2 Os cuidados de Enfermagem prestados à mulher climatérica acerca da sexualidade

As mulheres no climatério carecem de informações, conhecimentos, autonomia sobre o próprio corpo e de como lidar com essas mudanças hormonais. Os profissionais da saúde devem ofertar informações necessárias e acolher essas mulheres, visto que muitas ideias pré-estabelecidas, preconceitos, tabus existem acerca da sexualidade no climatério. Culturalmente elas são incapazes de praticar a sexualidade e é função das equipes de saúde quebrar esse paradigma imposto pela sociedade (SANTOS; LEÃO; GARDENGHI, 2016; GONÇALVES;MERIGHI, 2009).

Grande parte das disfunções sexuais apresentadas pela mulher nesse período é amenizada através do esclarecimento pelos profissionais de saúde acerca das manifestações transitórias e permanentes que ocorrem no climatério. Com isso, essas mulheres se tornam mais seguras, com autonomia e conhecimento acerca do seu corpo e compreendem as mudanças que essa fase apresenta (GOUVEA et al, 2009).

De acordo com os artigos analisados, a capacitação dos profissionais em relação à abordagem da sexualidade no climatério é fundamental, pois se trata de um tema pouco valorizado pelas equipes de saúde, em contrapartida de grande importância na vida dessas mulheres.

Em consonância a esses achados, Beltrami et al (2010) concluíram em seu estudo que entre os enfermeiros entrevistados ainda carecem de conhecimento sobre o período do climatério e suas implicações.

A consulta de enfermagem é uma ferramenta primordial para orientar e intervir na saúde desta mulher. Neste sentido, em uma pesquisa realizada com enfermeiros

que realizam consultas de enfermagem ginecológica identificou-se a importância da comunicação enfermeiro-cliente assim como o acolhimento e a criação de vínculo (DIOGENES; LINARD; TEIXEIRA, 2010).

O vínculo estabelecido pela enfermagem deve garantir que essa mulher sintase valorizada e motivada a refletir sobre seu modo de vida, visto que na maioria das vezes por conta da cultura a mulher no campo da sexualidade é vista como alguém que só oferece prazer ao outro, e que, não necessariamente, envolve a reciprocidade (GONÇALVES; MERIGHI, 2009).

Ter espaço de grupos de escuta permitiu que as mulheres participantes dos estudos desenvolve-se a reflexão e o compartilhamento de informações entre si, sobretudo para fortalecimento da auto-estima e atuação ativa no seu cuidado à saúde e relacionamento interpessoal (OLIVEIRA et al, 2008; ROCHA et al, 2014; SANTOS et al, 2014; GONÇALVES et al, 2009).

A educação em saúde também é um instrumento de grande valia na assistência desta mulher podendo ser realizada em diferentes espaços, consultas de enfermagem, grupos em saúde, entre outros locais. Para Mallman et al (2015) a educação em saúde é primordial entre os idosos visto que contribui para a promoção da saúde e para o envelhecimento saudável.

Neste sentido, a enfermagem deve se apropriar de conhecimentos e habilidades técnico científicas que proporcionem melhoria na qualidade de vida dos idosos e preservem sua autonomia (VIEIRA et al, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que as terapias não invasivas possuem elevada eficácia, e são bem aceitas pelas mulheres, o que favorece a continuidade do tratamento. Com a atuação de profissionais de saúde preparados tornou-se possível detectar efeitos benéficos nos aspectos psicossociais dessas mulheres, o que demonstra, portanto, a autonomia e o reconhecimento de autoimagem da mulher ao seu corpo permitindo que a mesma procure por ajuda.

Os profissionais da área da saúde devem estar preparados para lidar com diversas situações a fim de que seja possível o efetuar de ações livres de negligência, imprudência ou imperícia. Destaca-se que os profissionais de enfermagem devem ser capazes de garantir uma assistência holística a esta mulher respeitando as singularidades de cada indivíduo.

O que denota a necessidade de prevalecer o diálogo, este devendo ser a ferramenta mais utilizada para garantir o empoderamento dos pacientes/clientes assistidos para uma melhor recuperação e autonomia no cuidado.

Ressalta-se que através dos achados foi possível identificar que o número de publicações que abordam a temática sobre a mulher em fase climatérica é muito

pequena comparada com outros temas sociais, o que denota que não há grande interesse por parte dos pesquisadores, tão poucos nos últimos anos, embora, este assunto seja algo que incomoda muitas mulheres e causam dúvidas frequentes, dificuldade na aceitação e na readaptação de mulheres quanto ao retorno de suas atividades de vida diária, o que causa a necessidade do envolvimento de profissionais, especialmente da enfermagem, no processo de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E.R.P; COSTA, A.M; BEZERRA, S.M.M.S; NAKANO, A.M.S; CAVALCANTI, A.M.T.S; DIAS, M.D. CLIMATÉRIO: a intensidade dos sintomas e o desempenho sexual. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 64-71 Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00064.pdf
- BELTRAMINI, A.C.S; DIEZ, C.A.P; CAMARGO, I.O; PRETO, V.A. Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. **Revista Mineira de Enfermagem**. 4 (2): 166-174, abr-jun.2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica Saúde das Mulheres**. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf> . Acesso: 17/02/2019.
- CABRAL, P. U. L.; CANÁRIO, A. C. G.; SPYRIDES, M. H. C.; UCHÔA, S. A. da C.; JÚNIOR, J. E.; AMARAL, R. L. G.; GONÇALVES, A. K. da S. G. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.34, n.7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n7/07.pdf>. Acesso em: 23/03/2018.
- CAVALVANTI, I. F.; FARIAS, P. da N.; ITHAMAR, L.; SILVA, V. M. da.; LEMOS, A. Função sexual e fatores associados à disfunção sexual em mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.36, n.11.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n11/0100-7203-rbgo-36-11-0497.pdf>. Acesso em: 21/03/2018.
- DIOGENES, M.A.R; LINARD, A.G; TEIXEIRA, CAB; Comunicação, Acolhimento e Educação em Saúde na Consulta de Enfermagem em Ginecologia. **Rev. Rene Fortaleza** 11(4): 38-46. 2010.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Psicoterapia para a saúde sexual: resultados com um grupo de mulheres na transição menopáusicas. **Diagn. Tratamento**. 2011;16(4):184-7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n4/a2732.pdf>>. Acesso: 17/02/2019.
- GIORNO, C.D; FONSECA, A.M;BAGNOLI, V.R; ASSIS, J.S; SOARES, J.M; BARACAT, E.C. **Efeitos do Trifolium pratense nos sintomas climatéricos e sexuais na pós-menopausa**. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(5): 558-62. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-42302010000500017&lng=pt&tlng=p>.Acesso em: 17/02/2019.
- GONÇALVES, R.; MERIGHI, M. A. B. Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009 março-abril; 17(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_04.pdf>. Acesso em: 24/03/2018.
- GOUVEIA, P. F.; IMOTO, E. R.; FONSECA, M. C. W.; AMBROGINI, C. C.; SILVA, I. **Função sexual da mulher na transição menopausal: estudo transversal**. *Rev. bras. med*;66(supl.2):24-32, abr. 2009.

graf, tab. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4030>. Acesso em: 17/02/2019.

OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI, M. A. B.; MERIGHI, M. A. B. **Climatério e sexualidade**: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo clima. Rev. Latino-am Enfermagem, v.17, n.2. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a13v17n3.pdf>. Acesso em: 23/03/2018;

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R. C. F.; ABREU, M. F.; SILVA, M. A. F.; DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G. A. **Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção Básica na Prevenção Controle do Câncer**. Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://ojs2.uuff.emnuvens.com.br/aps/article/view/14219/7694>>. Acesso: 17/02/2019.

LISBOA, L. L.; SONEHARAC, E.; OLIVEIRA, K. C. A. N.; ANDRADE, S. C. A.; AZEVEDO, G. D. Efeitos do Trifolium pratense nos sintomas climatéricos e sexuais na pós-menopausa. **Rev Bras Reumatol**. 2015; 55(3):209–215. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S2255502115000401/1-s2.0-S2255502115000401-main.pdf?_tid=a5d30cfd-792c-499a-95e0-8ad84b029d3b&acdnat=1550415075_077601c28dc8590cfaa5a46b1f9bd58c>. Acesso em: 17/02/2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde, e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17 (4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 17/10/2018.

MALLMANN, D.G. et al . Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , 20 (6): 1763-1772, Junho 2015.

ROCHA, A. W.; NASCIMENTO, E. G. C. do.; JUNIOR, J. M. P.; ALCHIERI, J. C. As incertezas de mulheres em vivenciar a sexualidade no climatério. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(2):314-22, fev., 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/Elen%20Faustino/Downloads/9676-17772-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Elen%20Faustino/Downloads/9676-17772-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 17/02/2019.

SANTOS, J. de L.; LEÃO, A. P. F.; GARDENGHI, G. **Disfunções sexuais no climatério**. *Reprod clim*. 2016;31(2):86–92. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871630036X>>. Acesso em: 17/02/2019.

SANTOS, S. M. P. dos; GOLÇALVES, R. L.; AZEVEDO, E. B. de; PINHEIRO, A. K. D.; BARBOSA, C. A.; COSTA, K. N. de F. A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. *Rev Enferm UFSM* 2014 Jan/Mar; 4(1):113-122. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8819>>. Acesso em: 17/02/2019.

TRENCH, B.; ROSA, T. E. da C. **Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo**, Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde matern. Infant.*, Recife, 8 (2): 207-216, abr. / jun., 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292008000200008&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17/02/2019.

VALENÇA, C. N.; FILHO, J. M. do N.; GERMANO, R. M. **Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade**. *Saúde Soc*. São Paulo, v.19, n.2, p.273-285, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/05.pdf>>. Acesso em: 20/03/2018.

VIEIRA, S; HASSAMO V; BRACO V; VILELAS J. **A Vivência da Sexualidade Saudável nos Idosos: o contributo do enfermeiro**. *Revista da Saúde ESSCVP*. 6:35-45, julho. 2014.

A PRÁTICA DA ENFERMAGEM JUNTO À PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE MANAUS

Rodrigo da Silva Ramos

Universidade Federal do Amazonas(UFAM),
Escola de Enfermagem de Manaus(EEM),
Acadêmico
Manaus – Amazonas

Fabiana de Paula Gomes

Universidade Federal do Amazonas (UFAM),
Escola de Enfermagem de Manaus(EEM),
Acadêmica
Manaus – Amazonas

André Nascimento Honorato Gomes

Universidade Federal do Amazonas(UFAM),
Escola de Enfermagem de Manaus(EEM),
Acadêmico
Manaus - Amazonas

Natália Rayanne Souza Castro

Universidade Federal do Amazonas(UFAM),
Escola de Enfermagem de Manaus(EEM),
Acadêmica
Manaus - Amazonas

Hadelândia Milon de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas(UFAM),
Escola de Enfermagem de Manaus(EEM),
Coordenação Acadêmica
Manaus – Amazonas

Joice Claret Neves

Universidade Federal do Amazonas (UFAM),
Docente da Escola de Enfermagem de Manaus
(EEM)
Manaus – Amazonas

RESUMO: A clínica médica de um hospital recebe os mais variados pacientes no que diz respeito à comorbidades. Este setor traz ao enfermeiro a possibilidade de exercer seu raciocínio clínico e todo o cuidado integral que cabe aos profissionais da enfermagem dentro do contexto hospitalar. **OBJETIVO:** Apresentar as experiências práticas vivenciadas por acadêmicos de Enfermagem em uma Unidade Clínica Médica. **METODOLOGIA:** Relato de experiência, com um olhar qualitativo que descreve aspectos vivenciados por acadêmicos, em de aulas práticas da disciplina Enfermagem em Atenção Integral à Saúde do Adulto, em uma unidade Hospitalar de Clínica Médica, de um Hospital Universitário. As atividades foram realizadas por seis acadêmicos, separados em duplas. Cada dupla de acadêmicos trocava os seus pacientes a cada três dias. Antecipadamente, foram discutidos os casos dos pacientes para que os alunos tivessem o planejamento das ações. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A Sistematização de Assistência em Enfermagem ainda é um ponto que precisa ser discutido com os enfermeiros, na tentativa de mostrar a estes profissionais que a SAE veio para revolucionar o serviço da Enfermagem e torná-lo algo mais sofisticado e que ressalte a importância desta profissão na área da saúde. **CONCLUSÃO:** Esta prática para os alunos de graduação tem sido uma forma de nos mostrar

a realidade atual e também trazer à tona discussões do papel do enfermeiro com sua autonomia profissional, por meio do Processo de Enfermagem, bem como participante da equipe multiprofissional na saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade; Processo de Enfermagem; Autonomia Profissional; Enfermagem.

ABSTRACT: The medical clinic of a hospital receives the most varied patients with regard to comorbidities. This sector brings to nurses the possibility of exercising their clinical reasoning and all the integral care that nursing professionals have within the hospital context. **OBJECTIVE:** To present the practical experiences lived by Nursing students in a Medical Clinic Unit. **METHODOLOGY:** Experience report, with a qualitative look describing aspects experienced by academics, in practical classes of the Nursing in Integral Attention to Adult Health, in a Hospital unit of Clinical Medicine, a University Hospital. The activities were carried out by six academics, separated in pairs. Each pair of academics exchanged their patients every three days. In advance, the patients' cases were discussed so that the students had the planning of the actions. **RESULTS AND DISCUSSION:** The Systematization of Nursing Care is still a point that needs to be discussed with nurses in an attempt to show these professionals that NCS came to revolutionize Nursing service and make it something more sophisticated and that emphasizes the importance of this profession in the health area. **CONCLUSION:** This practice for undergraduate students has been a way to show us the current reality and also to bring to the fore discussions of the role of nurses with their professional autonomy, through the Nursing Process, as well as a participant of the multiprofessional health team.

KEYWORDS: Integrality; Nursing Process; Professional Autonomy; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Clínica Médica é uma área da medicina que engloba conteúdo das diversas especialidades clínicas, onde pacientes apresentam conjuntos de sinais e sintomas a partir de suas especificidades.

Neste setor é prestada assistência integral de enfermagem, propiciando ao paciente uma boa recuperação da saúde física, emocional e mental, baseado no seu raciocínio clínico e todo o cuidado integral que cabe aos profissionais da enfermagem dentro do contexto hospitalar.

A equipe de enfermagem, sobretudo o enfermeiro desempenha importantes funções assistenciais no setor de clínica médica, mas também estão inseridos em outras atividades que dizem respeito a prevenção e educação em saúde. Dentre elas pode-se destacar a prevenção contra doenças e danos, buscando a melhoria em menor tempo possível, respeitando os valores e crenças dos enfermos.

A equipe multidisciplinar no setor de CM é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, serviço social, e terapeutas,

o cuidado prestado por essa equipe se mostrou uma característica marcante nesse setor, revelando que a prática desses profissionais promove ao paciente melhoria de seu estado clínico.

De forma mais específica, o profissional Enfermeiro necessita ter conhecimento, habilidade, e dinamismo para obter êxito em sua assistência, valorizando o desenvolvimento técnico e científico de seus colegas de trabalho, para conservar bom relacionamento com todos em seu ambiente de trabalho.

A consulta de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, terapia e evolução do paciente fazem parte do Processo de Enfermagem (PE) e contempla as ações do enfermeiro de forma sistematizada. O PE se mostra um grande desafio para a equipe de enfermagem, principalmente, para o enfermeiro, uma vez que representa o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem para que se possa concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente.

Assim, Gonçalves (2007, p.463) estabelece que:

“A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem para somar e conformar o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados direto e indireto aos pacientes”.

Sendo o exercício profissional da enfermagem assegurado pelo Decreto 94.406/87 que regulamenta a Lei 7.498/86, destaca-se a alínea c, parágrafo I do artigo 8º, que versa sobre as atividades privativas dos enfermeiros, a saber «é tarefa privativa do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem».

Partindo deste princípio, é que se localiza a SAE como um dos instrumentos mais importantes, baseado no desenvolvimento de metas e resultados que fazem parte do sistema assistencial do enfermeiro que contribui para assegurar a qualidade da assistência, pois integra a comunicação, o contato e a conexão das dimensões assistenciais e gerenciais, com intuito de lapidar recursos, melhorar qualidade da assistência e reduzir custos. Logo, tem se exigido cada vez mais da enfermagem o aperfeiçoamento dos serviços, o planejamento e a operacionalização dos cuidados, reforçando a necessidade incontestável de se adotar e consolidar a SAE (BARROS; LUCENA; 2006; BRITO; GOMES; 2012).

O processo de enfermagem é então estabelecido e contempla as seguintes etapas a saber: 1. Histórico de enfermagem também chamado de coleta de dados, ou seja, a etapa inicial, a obtenção de dados da pessoa, família e problema de saúde ou história da doença. 2. Diagnóstico de Enfermagem que requer segurança e competência profissional para executá-lo, onde os diagnósticos do paciente são planejados a partir da taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) de Enfermagem que requer segurança e competência profissional para executá-lo, onde os diagnósticos do paciente são planejados a partir da taxonomia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). 3. Prescrição de Enfermagem: o enfermeiro realiza a prescrição a partir de seu planejamento de forma específica para aquele indivíduo, mediante os

resultados que deseja alcançar e as ações e intervenções que serão realizadas. 4. Evolução: determinam-se ações ou intervenções de enfermagem que alcançaram ou não o resultado esperado, sendo revista a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas anteriores do Processo de Enfermagem.

2 | OBJETIVOS

O objetivo deste artigo trata-se de apresentar as experiências vivenciadas por acadêmicos de enfermagem com olhar diferenciado sobre a perspectiva do trabalho multiprofissional e da enfermagem, durante as aulas práticas em uma Unidade de Clínica Médica, localizada em um hospital universitário na cidade Manaus, Amazonas.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com um olhar qualitativo que descreve aspectos vivenciados por acadêmicos de enfermagem em aulas práticas da disciplina Enfermagem em Atenção Integral à Saúde do Adulto, em uma Unidade de Clínica Médica, de um Hospital Universitário em Manaus, Amazonas.

As atividades da prática hospitalar foram realizadas por grupos de 6 acadêmicos, sendo que estes se dividiam em duplas para prestar os cuidados aos pacientes selecionados. A cada três dias cada dupla fazia o revezamento entre os pacientes para que todos tivessem a oportunidade de conhecer de forma integral cada paciente e seus problemas de enfermagem. Antecipadamente, os casos dos pacientes foram discutidos de forma que cada aluno conhecesse o estado clínico dos mesmos, para que após a avaliação dos alunos, estes fossem capazes de realizar as ações de enfermagem e estabelecer o plano de cuidados, cumprindo, assim as etapas da SAE.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliar o Processo de Enfermagem mediante a SAE e reconhecer o trabalho da equipe multiprofissional, junto aos pacientes acompanhados pelos alunos na Unidade de Clínica Médica do referido hospital, foram os focos das aulas práticas da disciplina de Saúde do adulto. Para isso, durante as práticas hospitalares, foram adotadas as metodologias ativas como processo metodológico para alcance dos objetivos da disciplina.

A Sistematização de Assistência em Enfermagem, ainda, é um ponto que precisa ser discutido com os enfermeiros, na tentativa de sensibilizar estes a importância da SAE, como forma de valorização do trabalho de toda a equipe de enfermagem, tornando profissão do Enfermeiro, algo mais sofisticado e em evidência no cerne da saúde.

Desta forma, a clínica médica também possibilitou uma visão diferenciada sobre o cuidado holístico do paciente, visto que são condições clínicas mais complexas e que exigem da equipe de enfermagem um raciocínio clínico mais apurado, ambos foram abordados durante as aulas práticas e nos permitiu obter esse conhecimento.

5 | CONCLUSÃO

Durante a prática, notou-se um olhar clínico mais detalhado e o trabalho multiprofissional acontecendo de forma ativa em prol do paciente e estabelecimento de sua saúde.

A passagem pela Clínica Médica foi bastante proveitosa, dada a complexidade dos casos clínicos, onde se pode vislumbrar o cuidado individualizado nas mais diversas necessidades dos pacientes que encontravam-se internados.

Vivenciar problemas tão complexos em momentos de fragilidades dos pacientes e de seus familiares e a oportunidade de intervir com cuidados, desde assistenciais a saúde quanto a cuidados psicológicos no enfrentamento da morte foram oportunizados pelo campo de prática.

Por fim, esta prática para os alunos de graduação tem sido uma forma de mostrar a realidade atual e também trazer à tona discussões do papel do enfermeiro e a importância de sua autonomia profissional na tomada de decisões por meio do Processo de Enfermagem, bem como participante da equipe multiprofissional de saúde. Assim sendo, houve o fortalecimento do conhecimento do PE pela aplicação da SAE durante a prática no setor escolhido, sendo exemplo para que se pudesse compreender a complexidade de atuação da equipe de enfermagem e a complexidade de suas ações, exigindo que sejam profissionais autônomos e com liderança.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Enfermagem- CFB. [site de internet]. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 sobre o exercício profissional da enfermagem.** [citado 2009 jul 02]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=26§ionID=32>. Acesso em: 07 Fev.2019.

Gonçalves LRR, Nery IS, Nogueira LT, Bonfim EG. **O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica do discente.** Esc. Anna Nery. 2007 jul/set;11(3):459-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a10.pdf>. Acesso em: 06 Fev.2019.

Lucena AF, Barros ALBL. **Most frequent nursing diagnosis in a Brazilian intensive care unit. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.** 2006 jul/set;17(3):139-46. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-618X.2006.00036.x>>. Acesso em: 07 Fev. 2019.

Maia SMS, Souza SR de, Sória DAC et al. **A RESILIÊNCIA DO ENFERMEIRO DE CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA EM SEU CUIDADO COTIDIANO.** Recife: Universidade Federal do Pernambuco/UFPE. 2017. DOI: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201714. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110214/22122>>. Acesso em: 07 Fev.2019.

TORRES, Érica et al . **Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 730-736, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400011>.

A VIOLÊNCIA DURANTE A GRAVIDEZ E O IMPACTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Dora Mariela Salcedo-Barrientos

Docente do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP). Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva (USP). Terapeuta Familiar e de Casal. Mediadora Familiar no Centro Judicial de Soluções de Conflitos – CEJUSC Santana- TJSP. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq.
Doutora em Enfermagem
São Paulo, SP

Lilian Vasconcelos Barreto de Carvalho

Mediadora Judicial no Centro Judicial de Soluções de Conflitos – CEJUSC Santana TJSP; Mediadora no Projeto Integra – Violência e Gênero; Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq.
Advogada
São Paulo, SP

Priscila Mazza de Faria Braga

Mediadora Judicial no Centro Judicial de Soluções de Conflitos – CEJUSC Santana-TJSP; Mediadora no Projeto Integra – Violência e Gênero; Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq.
Advogada
São Paulo, SP

Paula Orchiucci Miura

Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Psicóloga

(UEL), mestre em Psicologia Social (PUC-SP), doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) e pós-doutora em Psicologia Clínica (USP). Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.
Psicóloga
Maceió, AL

Alessandra Mieko Hamasaki Borges

Pedagoga. Mestranda no Programa de Educação e Saúde na Infância e na Adolescência – Unifesp. Membro do grupo de Pesquisa CIENSEA. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq. Bolsista da Capes.
Pedagoga
São Paulo, SP

Trabalho premiado no 4th International Symposium on Adolescence(s): Vulnerabilities, Protagonisms and Challenges – UNIFESP, 2018.

RESUMO: A adolescente gestante é vulnerável às experiências no cotidiano de violência intrafamiliar, de gênero, sexual, física, moral e abandono, em que os agressores podem ser o parceiro íntimo, familiares ou profissionais de saúde. Essa prática é sustentada e justificada pelas implicações de gênero, permanecendo invisível para a sociedade.
Objetivo: Compreender o significado atribuído

às situações de violência intrafamiliar no cotidiano das adolescentes gestantes da região leste da Cidade de São Paulo. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, de caráter quanti-qualitativo. Foi fundamentado pela *Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC*. Os depoimentos foram analisados conforme a técnica Análise de Conteúdo. **Resultados:** Participaram do estudo 24 adolescentes gestantes, dentre estas, 8 adolescentes foram agredidas antes da gestação, 8 antes e durante, 5 agredidas na gestação e 3 não sofreram violência. **Conclusão:** Observou-se o significado da violência intrafamiliar no cotidiano das adolescentes gestantes, envolvendo as esferas de saúde, emocional, social, político e familiar, influenciando as mudanças no cenário de vida, a integridade física e mental, e conseqüentemente nas escolhas perante o convívio com o outro.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes grávidas; Gênero; Violência intrafamiliar

ABSTRACT: The pregnant teenager is vulnerable to daily experiences of intrafamily violence, gender, sexual, physical, moral and abandonment, in which perpetrators may be intimate partners, family members or health professionals. This practice is sustained and justified by the implications of gender, remaining invisible to society. Objective: To understand the meaning attributed to situations of intrafamily violence in the daily life of pregnant adolescents in the eastern region of the City of São Paulo. Method: This is a prospective, descriptive and exploratory study of quantitative-qualitative character. It was based on the Theory of Practical Intervention of Collective Health Nursing - TIPESC. The statements were analyzed according to the Content Analysis technique. Results: Twenty-four pregnant adolescents participated in the study, eight of them adolescents were assaulted before gestation, eight before and five during the pregnancy, and three were not victims of violence. Conclusion: It was observed the significance of intrafamily violence in the daily life of pregnant adolescents, involving the health, emotional, social, political and family spheres, influencing the changes in life scenario, physical and mental integrity, and consequently in the other.

KEYWORDS: Pregnant Teens; genre; domestic violence

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho se insere como parte das ações de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica na zona leste de São Paulo: bases para intervenção” (SALCEDO-BARRIENTOS, 2015), o qual é componente do Grupo de Pesquisa Mulher & Saúde: Violência Doméstica no Período Gravídico-Puerperal/CNPq.

O momento da adolescência é caracterizado pelo desenvolvimento biológico (maturidade sexual e reprodutiva), psicológico (cognitivo e emocional) e pela mudança da condição infantil, caracterizando fricções com o meio familiar e social diante de uma nova relação interpessoal, ideando sua identidade (MARTINS et al., 2014). Uma das ocorrências na vida de adolescentes pode ser a gravidez nesta fase da vida.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Brasil, os registros de nascidos vivos de 2010 a 2015 em âmbito nacional foi de 2.993.016 nascimentos por mães adolescentes entre 15 a 19 anos de idade (IBGE, 2016a). No estado de São Paulo, foi computado no mesmo período 516.693 nascimentos com mães da mesma faixa etária (IBGE, 2016b). Além das complicações físicas, devem-se considerar os aspectos sociais da gestação na adolescência, os quais vão depender do significado nas diferentes culturas e contextos, podendo gerar impacto negativo no desenvolvimento físico, mental e emocional, e até causar instabilidades e violência contra a própria adolescente (BONILHA et al., 2015).

Além da gravidez neste período da vida, algumas adolescentes vivenciam situações de violência doméstica. Qualquer situação que interfira violentamente na saúde da adolescente gestante, desencadeia consequência para a adolescente, bem como para o feto, os familiares, e a sociedade, por isso é uma questão de ordem pública.

Desse modo, a violência nos períodos da gestação e do puerpério, por ser considerada um risco social e grave problema de saúde pública, trata-se de um fenômeno complexo, com consequências muito negativas para a saúde da mãe e do feto. A violência não é perpetrada somente contra a mulher, mas ao filho intrauterino, recém-nascido ou que está no seu primeiro ano de vida, o qual já se desenvolve em um contexto de violência (SILVA et al., 2011), e que resultam em profundas repercussões para o futuro reprodutivo e muitas vezes podem levar ao abortamento.

Assim, o objetivo deste estudo foi compreender o significado das situações de violência intrafamiliar na vida das adolescentes gestantes que se perpetua no âmbito da atenção básica de saúde e o impacto nas políticas públicas na nossa sociedade brasileira.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório, que utilizou a abordagem qualitativa. A fundamentação teórica utilizada foi a *Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC* (EGRY, 1996); além das *Categoria Geração e Gênero* como categoria analítica central.

A incorporação da categoria analítica da Saúde Coletiva, geração, se faz necessária para a compreensão da complexidade do fenômeno, pois é parte do pressuposto de que a adolescência é um fenômeno histórico, psíquico e social (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

A violência contra adolescentes grávidas além de requerer a incorporação da categoria geração, requer a incorporação da categoria gênero para a elucidação do fenômeno, vez que esta permite a compreensão das normas e símbolos culturalmente e socialmente aceitos e difundidos (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013), que por

sua vez influencia na maneira que a adolescência e a maternidade/paternidade é vivenciada nesta fase da vida.

Esse estudo foi desenvolvido junto às adolescentes durante o primeiro e terceiro trimestre de gestação no período de pré-natal, numa Unidade Básica de Saúde (UBS) situada na zona leste do município de São Paulo, que por meio da Estratégia Saúde da Família presta atenção integral na sua área de abrangência a 29.000 usuários, sendo realizado pelas 07 equipes um atendimento médio mensal de 281 gestantes, incluindo todas as adolescentes grávidas que são acompanhadas por estas equipes.

Participaram desta pesquisa 24 adolescentes atendidas, no período de 06 meses. Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados: Formulário para caracterizar o perfil de produção e reprodução social, este objetiva identificar as formas de viver e de trabalho (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2013). As entrevistas semiestruturadas, abordaram aspectos sobre sexualidade, ambiente intrafamiliar e dificuldades enfrentadas na vida. Todas foram gravadas e transcritas respeitando o anonimato e o sigilo, garantindo a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejasse.

Os formulários caracterizaram o perfil de produção e reprodução social das adolescentes grávidas e as entrevistas, foram analisados a partir da decodificação e interpretação dos dados apreendidos, fundamentados pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2013) com apoio do software Webqda (LOPES, SF et al., 2013). Os dados foram organizados e compuseram seis categorias empíricas e para efeito deste trabalho serão apresentadas especificamente duas categorias: a) gravidez na adolescência, escolaridade e violência; b) Gravidez na adolescência e relacionamento conflituoso entre mãe e filha.

As adolescentes grávidas vítimas de violência, população deste trabalho, foram convidadas a participar deste estudo pelas pesquisadoras previamente qualificadas, as quais oportunamente lhes explicaram a finalidade da pesquisa e foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável, e o Termo de Assentimento (adolescente), para aquelas que não tinham 18 anos. Os depoimentos durante as oficinas de trabalho foram gravados e transcritos, garantindo o anonimato e o sigilo; o respeito à privacidade e à intimidade e ainda garantindo-lhes a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejassem, respeitando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo, parecer nº 329/11 – CEP/SMS.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O resultado da análise das entrevistas, evidenciou que das 24 adolescentes pesquisadas, 21 sofreram algum tipo de violência ao longo da vida e 3 não fizeram

relatos que apresentasse alguma vivência de violência intrafamiliar. Foi possível identificar, que 8 adolescentes sofreram agressões antes de suas gestações, 8 antes e durante a gestação e 5 foram agredidas especificamente no período gestacional. Assim, pode-se considerar **que mais da metade (13) das adolescentes** entrevistadas sofreram violência intrafamiliar durante o período gestacional.

Nesse contexto, compreende-se o significado da violência intrafamiliar no cotidiano tanto das adolescentes gestantes quanto das pessoas do seu convívio, indo além uma resposta institucionalizada das forças de ordem familiar e social, já que há uma barreira perante a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e convivência familiar e comunitária; impactando diretamente as diversas dimensões enquanto indivíduos. Sua vulnerabilidade como fragilidade e redução da autonomia também são atingidos. Para tanto, a gestação na adolescência com o agravante da violência intrafamiliar apresenta-se como conteúdo de abordagem para Saúde Pública, com pretensão de envolver profissionais de áreas afins para contemplar essas demandas (BARROS; FREITAS, 2015).

3.1 Gravidez na adolescência, escolaridade e violência intrafamiliar

A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial. As consequências dessas situações de violência podem alcançar não somente o âmbito da saúde mental da adolescente, mas também atingir diretamente a saúde física do bebê, ocasionando complicações obstétricas, como a prematuridade, o baixo peso e até mesmo a mortalidade neonatal (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2011). Entretanto, a invisibilidade da violência intrafamiliar contra adolescentes grávidas é algo rotineiro no cotidiano dos serviços de saúde.

Das 13 adolescentes em situação de violência durante a gravidez, 9 sofreram algum tipo de violência e 4 sofreram mais de um tipo de violência. Os tipos de violências mais frequentes que as adolescentes relataram foram: a violência psicológica (8), a violência institucional (6), a violência física (2), a violência moral (1), a negligência (1) e o abandono do companheiro (1).

A violência psicológica é a que possui maior incidência dentro dos relacionamentos e menor número de denúncias. Para melhor compreensão da violência devemos analisar os valores culturais machistas, patriarcais, desigualdade de poder/direitos, questões subjetivas. Frequentemente o ambiente em que a vítima está inserida, integra o seu cotidiano de maneira tal, que os atos de violência passam a ser habituais e constantes, conferido aspecto de naturalidade para aquele grupo, justamente por isso, há enorme dificuldade das vítimas de perceber o que vivem em seus relacionamentos, ignorando que há inclusive uma conotação criminosa (OLIVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

A violência institucional ocorre no atendimento realizado pelos profissionais de saúde, seja numa omissão, por negligência ou pelos atos ofensivos, desrespeitosos,

maus-tratos ou brutalidade muitas vezes pela falta de preparo dos profissionais de saúde, da comunicação de qualidade e ineficácia dos serviços devido a estrutura precária nos locais de serviços de saúde, além do acúmulo de pacientes e do pouco tempo disponível para atendimentos, tudo isso, contribui muito para esta realidade (SANTOS et al., 2011; MIURA et al., 2018)

Muitas vezes as relações entre profissionais e pacientes apresentam situações de violência difícil de ser notada pelos próprios indivíduos envolvidos, sejam na anulação da autonomia e na discriminação por diferença de classe, raça ou gênero, bem como de forma nítida através de expressões grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as pacientes e em desatenção quanto às suas necessidades (SANTOS, 2015).

A Lei tem a intenção de minimizar danos sofridos pela vítima, através da majoração da pena, prevista em Lei, no artigo 61, II, f do Código Penal, na ocorrência de qualquer delito praticado mediante violência psicológica ou pela aplicação da Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha), que também possui previsão delitiva para este tipo de infração criminal, mas isso não foi suficiente para a diminuição desta reincidência penal e nem para reparação do dano sofrido pela vítima.

A gravidez na adolescência ocasiona importantes transformações na vida dos jovens, afetando diretamente a *escolarização*, principalmente das meninas. Através dos dados obtidos na pesquisa, evidencia-se que a situação da escolaridade das 24 adolescentes participantes da pesquisa, destas apenas (4) continuam estudando, (5) terminaram o Ensino Médio e (15) pararam de estudar quando engravidaram como é possível evidenciar no gráfico 1.

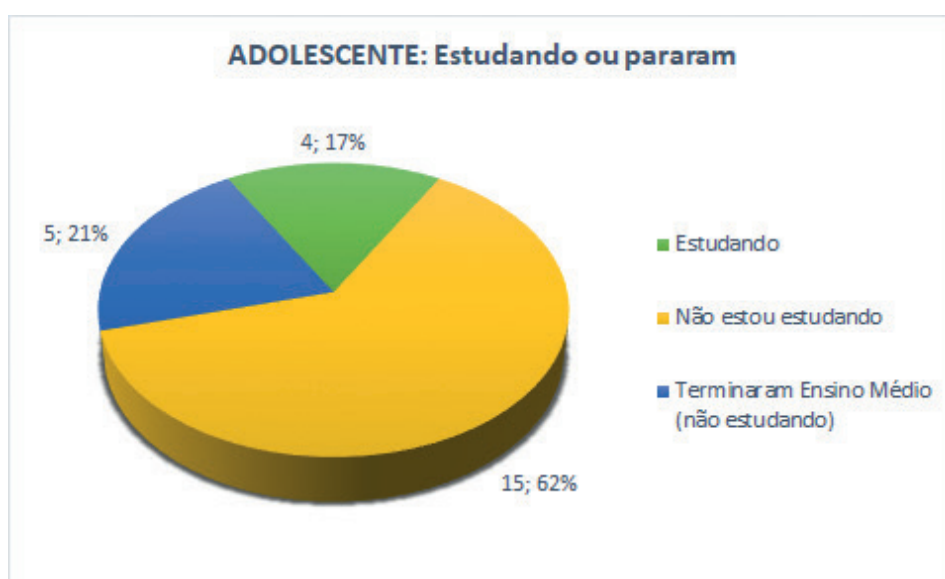


Gráfico 1 – Situação da escolaridade entre as adolescentes do estudo

Os discursos das adolescentes E21 e E22 demonstraram que a gestação pode fazer com que interrompam os estudos, principalmente quando se tem como atenuante

algum tipo de violência perpetrada por familiar ou companheiro.

Parei de estudar no 1º do Ensino Médio. Quero voltar a estudar, trabalhar, cuidar do meu filho. E(21)

Parei de estudar no 2º do Ensino Médio. (E22)

Outro dado interessante relacionado a escolaridade das 24 adolescentes é a diferença significativa quanto à idade-série. Das 21 adolescentes identificadas em situação de violência intrafamiliar, apenas 4 apresentaram idade compatível com a série, enquanto que 17 apresentaram defasagem escolar, ou seja, estava em uma série escolar aquém de sua idade.

Os discursos supracitados das adolescentes E21 e E22 demonstram que as adolescentes gestantes em situação de violência intrafamiliar pararam de estudar em um dado momento ou tiveram dificuldades na aprendizagem, bem como reprovaram o ano letivo, repercutindo na idade não compatível com a série escolar.

A falta de educação e olhar atento as necessidades de nossos adolescentes e familiares impedem a universalização do acesso e permanência de crianças e jovens na escola. Tais ocorrências vão muito além das barreiras econômicas que dizem respeito à pobreza, trabalho infantil, barreiras educacionais que distanciam o aluno da escola.

A não valorização e capacitação do profissional de educação a falta de flexibilidade e adaptação, as necessidades daquela determinada categoria, alastram o problema que pela falta de adequada aplicabilidade das políticas públicas e devido tratamento, traz reflexos a família e sociedade, visto o alto índice de ocorrência de violência doméstica. Tal reiteração e necessidade da sociedade trouxe ao nosso ordenamento jurídico a Lei Maria da Penha que trata sobre a violência doméstica e familiar baseada no gênero pode se dar: âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto (art. 5º, I a III) (BRASIL, 2006).

O Estado através desta lei punitiva, tenta conter uma questão que na maioria dos casos precisa de mudança de comportamento da cultura do agressor, da vítima e da sociedade com boas práticas da não apenas punição. As pessoas precisam se conhecer seus direitos e deveres, precisam ser esclarecidas, apoiadas, orientadas. A legislação tem eficácia quando identifica as necessidades da sociedade e o Estado, só tem seus objetivos atingidos, se a população for conduzida adequadamente.

Em resguardo aos jovens temos O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma Lei Complementar (8.069/90), que passou a vigorar em 13 de julho de 1990, e seus artigos tratam especificamente da violência infantil. Quando bem conhecido e manejado, o ECA é uma grande ferramenta de apoio para aqueles que trabalham com crianças e adolescentes vítimas de violência (BRASIL, 1990).

O artigo 4º do ECA dispõe que é dever da família, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização,

à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

A família, sociedade, igreja e os poderes públicos – devem garantir à criança os seus direitos. E a garantia desses direitos deve ser de absoluta prioridade. Isso significa que, se um adulto ou uma criança estiverem exigindo seu direito sobre uma mesma coisa, esse direito deve ser dado, em primeiro lugar, para a criança.

No artigo 5º está disposto que, nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo, na forma da lei, qualquer atentado, por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais. Este artigo quer dizer é que qualquer atitude que cause alguma espécie de dano à criança (psicológico, físico ou emocional) será punida, desde que tenha sido denunciada.

O ECA resguarda ainda através do artigo 13 que, os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

O artigo 18 elenca que é dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. E no artigo 232, do mesmo diploma legal, adverte que, submeter criança ou adolescente a vexame ou a constrangimento. Enfim, apesar de toda legislação protetiva brasileira elas são insuficientes para mudar os índices elevados das pesquisas.

Nota-se que a escola e a família se constituem nas duas instâncias privilegiadas para a construção e interiorização da identidade assimétrica de gênero da criança e do adolescente, considerando-se que os jovens são socializados essencialmente por duas instituições - a família e a escola, estas constituiriam dois espaços de (re)produção da demarcação e da segregação dos 'papéis sexuais' na formação da identidade social da criança e dos adolescentes (NOVELLINO, 2011).

3.2 Gravidez na adolescência e relacionamento conflituoso entre mãe e filha

Neste estudo também verifica-se a violência psicológica perpetrada pela figura materna a qual apresentou-se como a principal agressora (50%), seguida da figura paterna (25%), do companheiro (25%), bem como do irmão (8%), sogra (8%) e avó (8%). A violência física foi perpetrada em um dos casos pela mãe e no outro pelo irmão. No caso de negligência esta foi praticada pela mãe (SALCEDO-BARRIENTOS, 2015).

É. Pelo fato dela me abandonar...Porque assim, eu acho que mãe não é aquela que também bota no mundo não, é aquela que cria também. E depois que eu já to assim, já com 19 anos, ela quer que eu chame ela de mãe? Não acho certo. (E1)

Nos relatos pode-se perceber a distância na relação entre mães e filhas, dificultando o diálogo entre elas, sugerindo os conflitos que desgastam uma boa

convivência e revelando uma mistura de sentimentos e emoções, como por exemplo, ódio, ressentimento, mágoa, culpa e frustrações.

Cabe ressaltar que os tipos de violência vivenciados pelas adolescentes podem ocorrer de forma isolada, como é o caso da violência psicológica atrelada aos outros tipos. Podemos observar nos relatos das adolescentes alguns tipos de violências, psicológica, moral, abandono, infligida por parceiros íntimos e membros das famílias durante a gestação.

Porque meu pai é assim, igual ontem mesmo a gente brigou, assim, brigou por coisa besta, que agora só porque eu tô grávida parece que o mundo dele acabou... ontem, só porque eu fui pegar um copo de suco que ele fez, ele começou a gritar, o suco é meu, não quero saber, deixa meu suco aí... ele me machucou por dentro e quase me machucou por fora, ele quase me bateu só por causa de um copo de suco. Eu peguei, joguei o suco lá e falei pode beber o seu suco, desculpa[...] provavelmente qualquer dia desses ele pode chegar e me bater (E17).

Ao observar as falas percebe-se o desamparo e a quebra do vínculo entre os membros das respectivas famílias. As jovens sentem-se desprotegidas, com um sentimento de perseguição contumaz por pessoas de seu convívio, pontuando nas falas aspectos como humilhação, ridicularização, revolta e medo tanto do abandono quanto de uma conduta que possa ofender sua integridade corporal.

Dentre esta categorização foi também importante destacar a seguinte subcategoria denominada como **Gravidez na adolescência transgeracional e violência**.

Os aspectos transgeracionais referem-se à transmissão de conteúdos inconscientes de geração a geração em uma mesma cadeia familiar e estão presentes nas adolescentes, através das crenças, comportamentos e papel exercido pela família de origem, formando a identidade e constituindo-a como ser humano, lhe dando uma posição e papel dentro do sistema familiar (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Há pesquisas que relatam que os filhos tendem a repetir a história reprodutiva de sua família (mães, irmãs, tias, primas), dentre elas, a pesquisa de Persona, Shimo e Tarallo (2004) identificou a ocorrência da repetição da gravidez na adolescência, a maioria das mães das adolescentes grávidas (64,71%) teve a sua primeira gravidez dos 16 aos 19 anos (PERSONA; SHIMO; TARALLO, 2004).

Os discursos das adolescentes E2 e E20 evidenciam a gestação transgeracional na adolescência:

Então ela (mãe) também foi uma adolescente grávida (E2). Eu sempre falei pra ela (mãe) que eu não ia ter um filho muito nova assim... como ela. Ela sempre falou: "Não, não faça isso. Seu corpo ainda tá em desenvolvimento e tal", sempre me apoiou. Porque você vê o exemplo dentro de casa. Não tem porque você fazer igual (E20).

Diante estes dados considera-se que os profissionais de saúde devem estar atentos aos vários tipos de violências que as adolescentes sofrem inclusive do parceiro íntimo antes da gestação, pois elas têm quase 12 vezes mais chances de sofrer violência durante a gravidez e puerpério (SILVA et al., 2011).

A garantia da proteção contra a violência institucional está prevista no artigo

4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que dispõe: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. entretanto o Estado deixa de aplicar com efetividade a legislação, por falta de ferramentas e efetividade na aplicação dos direitos e garantias previstos”.

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo buscou compreender o significado das situações de violência intrafamiliar no cotidiano das adolescentes gestantes contribuindo com a literatura científica ao apresentar informações que fundamentam esse significado da violência intrafamiliar e como pela sua vez poderia ser subsidio para implementar novas políticas públicas especialmente para este grupo etário e suas famílias.

Pode-se perceber que durante o processo gestacional, as adolescentes demonstraram grandes modificações, as quais vão desde a não aceitação da gravidez à necessidade de desenvolver a responsabilidade maternal. No planejamento de ações em saúde, a gestação precoce deve ser encarada para além de ações de prevenção, devendo-se criar espaços de diálogo e reflexão onde seja possível favorecer o empoderamento dos indivíduos (adolescentes, família, casal e comunidade), oferecendo ferramentas para que identifiquem e optem por alternativas concretas e autônomas, propiciando a melhor maneira de lidar com as questões relacionadas às suas vidas sexuais e reprodutivas.

Torna-se imprescindível a discussão quanto às perspectivas de gênero para apropriá-los das concepções de maternidade/paternidade, bem como a influência das crenças e atitudes machistas em detrimento a violência intrafamiliar, inclusive entre as faixas etárias mais jovens. Dessa forma, evidencia-se a importância dos serviços de atendimento às gestantes, implementação de ações que viabilizem a participação paterna durante a gravidez.

De acordo com os resultados obtidos nesse estudo, e compreendendo violência intrafamiliar, é evidente a pouca resolutividade da Atenção Básica para atender a demanda de violência contra as mulheres grávidas na região de São Paulo, também mostra-se necessário que estes profissionais proponham intervenções para que não haja a transmissão transgeracional da violência.

Infelizmente, as leis que existem em nosso país ainda estão muito distantes da realidade vivenciada nos Estados brasileiros, desde a nascitura até os idosos.

Apesar das tentativas de contenção e adaptação da legislação às necessidades brasileiras, seja no coletivo ou na particularidade das categorias apresentadas nesta pesquisa, seja as adolescentes grávidas em relação à evasão escolar, ou no caso da adolescente gestante sofrer violência intrafamiliar, em especial neste estudo,

percebemos a necessidade de uma mudança cultural, assim como, uma formação profissional de agentes da área da Saúde que priorize um atendimento humanizado às adolescentes nessa área de alta vulnerabilidade, se faz necessária uma ação prioritária, pela limitação da literatura, a falta de instrumentos adequados para mensurar este fenômeno de forma eficaz e capacitação para o enfrentamento da violência intrafamiliar e de gênero para os profissionais de saúde, especificamente na Atenção Primária de Saúde.

Dentro deste contexto de frequentes mudanças e ausência de comunicação, percebemos que o Estado não possui ferramentas adequadas para trabalhar com as necessidades decorrentes das transformações sociais em favor de políticas públicas que respondam as necessidades fundamentalmente destas grávidas adolescentes.

Assim a violência quando compreendida como infringência aos direitos humanos, traz a reflexão o quanto um ato de violência se embasa na negação da dignidade do outro, concomitante com a anulação da própria dignidade daquele que age com violência (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Finalmente, os dados apresentados sugerem dificuldades encontradas no decorrer do cotidiano profissional para entender a particularidade de cada grupo social de maneira que previna de forma eficiente os conflitos familiares que estão surgindo. Com este estudo pretende-se continuar compreendendo o fenômeno da violência e propor uma nova estratégia pedagógico-terapêutica com as adolescentes junto as suas famílias por considerar-se que a Atenção Básica é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e que estas usuárias são prioridade no campo do ensino, sendo, portanto, de fundamental importância responder às demandas epidemiológicas e sociopolíticas desta população economicamente comprometida e vulnerável no Brasil. Acredita-se que estas demandas são um grande desafio no campo acadêmico, por isso o intuito de propor e mensurar novas ferramentas sensíveis para reduzir a magnitude da violência, especificamente no período gravídico puerperal e incluir nesta discussão as questões legais que todo futuro profissional deveria conhecer e aprofundar para compreender e agir conforme estipulado por lei.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 19ª Ed. Lisboa: Edições 70; 2013.

BARROS, A.S.; FREITAS, M.F.Q. **Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: Consequências e Estratégias de Prevenção com Pais Agressores**. Pensando Famílias, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 102-14, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v19n2/v19n2a09.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências**. Brasília, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069Compilado.htm. Acesso em: 18. fev. 2019.

BRASIL. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 fev. 2019.

BONILHA, E.A. et al. **Gestação na adolescência no município de São Paulo**. e-CEInfo Boletim Eletrônico CEInfo, São Paulo, v. 6, n. 2, 2015. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/Ano6_n02_Gestacao_Adolescencia.pdf. Acesso em: 29 out. 2016.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K.M. **Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro**. Interface Comunicação Saúde Educação, Botucatu, v.15, n.37, p.391-405, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000003>. Acesso em: 02 ago. 2016.

EGRY, E.Y. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S.; OLIVEIRA, M.A.C. **Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, n. spe, p. 119-133, Sept. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>. Acesso em: 04 jan. 2019.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. **Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas**. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-66, Aug. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>. Acesso em: 28 jan. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema de Recuperação Automática - SIDRA. IBGE Banco de Dados Agregados**. Brasília: IBGE; 2016a. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/regciv/>. Acesso em: 04 jul. 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema de Recuperação Automática - SIDRA. IBGE Banco de Dados Agregados**. 2016b. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/regciv/default.asp?t=1&z=t&o=27&u2=1&u3=1&u4=1&u5=1&u6=1&u7=1&u1=31>. Acesso: 04 jul. 2016.

LOPES, S.F.; VIEIRA, R.M.; MOREIRA, A. **WEBQDA na análise qualitativa de interações no contexto de uma oficina de formação de professores**. Indagatio Didactica, Aveiro (Portugal), v. 5, n. 2, p.111-21, 2013. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2440>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MARTINS P.C.R. et al. **Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 23, n. 1, p. 91-100, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100009>. Acesso em: 04 jul. 2016.

MIURA, P.O.; TARDIVO, L.S.P.C.; SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.S. **O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente**. Ciência e Saúde Coletiva, v.23, n. 5, p.1601-10, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.14152016>. Acesso em: 18 fev. 2019.

NOVELLINO, M.S.F. **Um estudo sobre as mães adolescentes Brasileiras**. Physis, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 299-318, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100018>. Acesso em: 03 mai. 2016.

OLIVEIRA, A.P.G.; CAVALCANTI, V.R.S. **Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 17, n. 1, p.39-

51, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.19813>. Acesso em: 18 fev. 2019.

PERSONA, L.; SHIMO, A.K.K.; TARALLO, M.C.; **Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n 5, p. 745-50, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500007>. Acesso em: 04 jul. 2016.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. **Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção**. Relatório Final. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. et al. **Compreendendo a gravidez na adolescência e as situações de violência intrafamiliar**. Indagatio Didactica, Aveiro (Portugal), v. 5, n. 2, p. 392-406, 2013. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2460/2331>. Acesso em: 11 ago. 2016.

SANT'ANNA, T.C.; PENSO, M.A. **A transmissão geracional da violência na relação conjugal**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 33, e33427, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33427>. Acesso em: 2019 fev. 18.

SANTOS, A. M. R. et al. **Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTOS, N.V. **Traumas psicológicos suscitados por violência de gênero**. In: SOUZA, M.O (Org.). Traumas: significado e significantes. Porto Alegre: Caifcom; 2015. p.88-98.

SILVA E.P. et al. **Freqüência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n.6, p. 1044-53, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>. Acesso em: 04 jul. 2016.

ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ALIVIO DO SOFRIMENTO

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Lisboa, Portugal

**Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes
Veiga**

UI&DE, Almada, Portugal

Marta Hansen Lima Basto Correia Frade

UI&DE, Lisboa; Portugal

RESUMO: O sofrimento é uma constante na vida das pessoas com doença hemato-oncológica, também pelos bem pelos efeitos secundários inerentes ao tratamento por quimioterapia antineoplásica. Estes momentos podem ter um potencial terapêutico se forem desenvolvidos pelos enfermeiros segundo um referencial e um modo próprio de intervir. Pretendemos identificar as intervenções de enfermagem com potencial para atuar sobre o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica internada, as perceções dos enfermeiros sobre as suas práticas relativamente aos cuidados individualizados e avaliar os resultados da intervenção de enfermagem desenhada. Foi utilizado um estudo multi-método. Após a identificação da evidência científica e encontrada a teoria de suporte foi modelado o processo da intervenção “Administração de Quimioterapia como uma Intervenção de Enfermagem individualizada” em que foram

avaliados os resultados num estudo *quasi* experimental. Percebemos que em novo desenho de estudo recorreríamos novamente a abordagens de investigação qualitativas nomeadamente para perceber a razão de ser da identificação dos problemas reportados aumentar, no grupo experimental, uma vez que o sofrimento diminui no grupo experimental, nomeadamente ao nível psicológico (2.90 para 3.03) existencial (2.44 para 2.67); socio-relacional (3.51 para 3.72); físico (2.13 para 2.55); e *distress* (3.97 para 5.29) ou dor (1.14 para 3.19). A utilização de métodos mistos de investigação permitiu otimizar os resultados encontrados e respeitando uma matriz base compreender os diferentes componentes da intervenção de enfermagem, tendo em conta a complexidade inerente ao contexto e à intervenção de enfermagem propriamente dita, na implementação e avaliação da “administração de quimioterapia antineoplásica, como intervenção de enfermagem (individualizada)”

PALAVRAS-CHAVE: alívio do sofrimento, intervenção individualizada de enfermagem, pessoa com doença hemato-oncológica, administração de terapêutica citostática.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de enfermagem tem de ter em conta a especificidade da pessoa

com doença hemato-oncológica, encarada como doença crónica, com remissões e recaídas na sua história natural e em que os tratamentos de quimioterapia citostática são cíclicos, com efeitos secundários variados e potencialmente graves, em idades de jovem a adulto. O tempo de internamento é longo para controle da doença ou estabilização dos efeitos secundários, com conseqüente necessidade de capacitação da pessoa e família para gerir e lidar com estes efeitos secundários, por vezes em reinternamentos, em espaço físico fechado (quartos com pressão positiva) com conseqüente afastamento da família ou limitação do acompanhamento familiar ou de visitas. A doença e o controlo sintomático implicam follow-up com consultas, manutenção de acesso venoso, novos ou tratamentos de suporte, análises e exames auxiliares de diagnóstico.

Compreendemos que o confronto com sofrimento, com as perdas (física, económica, saúde, afetiva, auto-estima, auto-eficácia, da imagem alterada, entre outras) e com a iminência da morte é uma constante das suas vidas.

O sofrimento, concebido como um fenómeno individual, multidimensional, dinâmico e negativo, engloba todos os aspectos da vida, alienando as relações interpessoais, pela sensação de desamparo, perda da esperança e de significado, sendo difícil conceber e articular esta experiência com a vida (Best; Aldridge; Butow; Olver; Webster, 2015). No aprofundar da complexidade do sofrimento Gameiro (1999) designa-o como Experiência Subjetiva de Sofrimento na Doença (IESSD), descrevendo cinco dimensões – sofrimento psicológico, físico, existencial, sócio-relacional e as experiências positivas (Gameiro, 2006). Outro conceito muitas vezes ligado ao sofrimento é o *distress* que é uma experiência emocional desagradável multifatorial que pode incluir sentimentos de vulnerabilidade, tristeza, medo, ou mesmo depressão, ansiedade, pânico, isolamento social (NCCN, 2008).

Perante as dificuldades com que nos deparamos ao selecionarmos e planificarmos a investigação em enfermagem fomos impelidos a encontrar um desenho que respondesse e ajudasse a clarificar estas dificuldades. Surge assim o termo intervenções complexas que são largamente usadas nos serviços de saúde (Craig, Dieppe, Mcintyre, Michie, Nazareth e Petticrew, 2008). O estudo de uma intervenção complexa em saúde é aquele em que se utiliza o melhor desenho, análise e avaliação (MRC, 2000) numa perspetiva mista, isto é, indutiva e dedutiva. Craig et al. (2008). Estes autores defendem que elas são construídas sobre um número de componentes, que podem atuar numa forma independente ou inter-dependentes. Pelo facto de terem vários componentes em interação, além das dificuldades metodológicas e práticas de qualquer avaliação acresce problemas adicionais pelas dificuldades em standardizar e prestar a intervenção, pela sensibilidade às características do contexto, dificuldades logísticas e organizacionais em aplicar métodos experimentais e policiar mudanças e a lenta e complexa cadeia causal que liga a intervenção aos resultados. Os componentes acima mencionados podem ser comportamentos, parâmetros de comportamentos (por exemplo frequência, tempo) e métodos de organizar e distribuir os comportamentos

(tipo de médico, situação e localização). (Craig et al, 2008).

Pretendemos relatar os procedimentos metodológicos levados a cabo no desenho da investigação com maior enfoque nos resultados dos estudos 1 e 2.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O contexto deste estudo é um serviço de Hematologia composto por 4 sectores de atendimento - urgência referenciada e consulta médica, transplantes, colheita de progenitores hematopoiéticos e internamento distribuídos em 24 camas. Os participantes são os doentes internamento com leucemias agudas cerca de 80 a 90% (LMA 60 a 70% e LLA 20 a 25%) além dos mieloma múltiplos, linfomas, leucemias crónicas e síndrome mielodisplásicas.

Os enfermeiros foram também participantes do estudo, variando de acordo com o procedimento metodológico, isto é, todos os enfermeiros ou unicamente os 4 enfermeiros do internamento em horário fixo (manhas) com função de responsáveis por cada setor (homens e mulheres).

Tipos de estudos

O desenho do nosso estudo apoia - se no modelo para investigar intervenções complexas na saúde: processo de Desenvolvimento, Avaliação e Implementação, de Craig *et al* (2008).

No estágio de desenvolvimento assinalado na figura 1 como T0 fizemos a definição do problema e a identificação da evidência científica, com a revisão da literatura da qual foi produzido um artigo (Sá, 2010). A identificação da teoria relevante e o desenvolvimento de uma compreensão teórica que explique as mudanças, foi o próximo passo. A partir destes e dos estudos exploratório e descritivo (estudo 1 e 2) foi possível modelar o processo e os resultados da intervenção desenhada, isto é, identificar a intervenção de enfermagem com potencial para atuar sobre o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica internada naquele contexto.

Identificar a evidência científica		Revisão sistemática da literatura
Identificar teoria		Mapa conceitual (sofrimento, intervenção de enfermagem no alívio do sofrimento; intervenção de enfermagem individualizada, administração quimioterapia anti-neoplásica)

Estudo exploratório	Estudo 1	Entrevistas a enfermeiros e doentes, questionários a enfermeiros, observação da prática de enfermagem
		Consulta documental
		Observação do momento de interação enfermeiro cliente na administração quimioterapia
Estudo descritivo	Estudo 2	A Pessoa com Doença Hemato-Oncológica: Que Modelo de Cuidados?
Modelar a intervenção	<u>ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA COMO UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA</u> - intencional, individual e sistemática no alívio do sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica	

Quadro 1- Processo de Desenvolvimento – Avaliação – Implementação de intervenções complexas (Craig et al 2008): Fases do estudo: Desenvolvimento

No estudo exploratório (estudo 1 da etapa T0) para descrever os componentes constantes e as variáveis replicáveis na intervenção de enfermagem (Craig *et al*, 2008), pretendemos identificar o sofrimento da pessoa internada com doença hemato-oncológica e explorar as intervenções de enfermagem na pessoa com doença hemato-oncológica internada, que atuam sobre o sofrimento. Utilizamos uma triangulação de dados obtidos através da observação participante estruturada do momento de interação enfermeiro cliente na administração quimioterapia e não estruturada da prática de enfermagem, das entrevistas semi – estruturadas a pessoas doentes internadas e aos enfermeiros chefes de equipa e segundos chefes de equipa, da análise documental (processo clínico, nomeadamente os registos de enfermagem e notas de passagens de turno) e dos questionários a enfermeiros para criar outras oportunidades de resposta e alargar a amostra de enfermeiros respondentes como objetivo de conhecer a sua opinião sobre as atividades que desenvolviam e como consideravam que o faziam (Quadro 1).

Segundo Craig, *et al*, (2008) deve-se privilegiar a utilização de várias medidas, em detrimento de identificar um único resultado primário (porque pode não ser o melhor uso dos dados).

O estudo descritivo (estudo 2, da fase T0) visou identificar as perceções dos enfermeiros sobre as suas práticas relativamente aos cuidados individualizados, tendo usado a Escala de Avaliação de Cuidados Enfermagem Individualizados – opinião dos enfermeiros (Suhonen, Schmidt e Radwin, 2007) e a Escala de Avaliação do Quadro Contextual/Ambiente da Prática Profissional - RPPE (Revised Professional Practice Environment Scale) de Erikson, Duffy, Gibbons, Fitzmaurice, Ditomassi e Jones, 2004, aplicado a todos os enfermeiros do contexto do estudo (Quadro 1).

Reunimos assim condições para a elaboração do guião da interação “ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA COMO UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA” acreditando que a prática de cuidar em enfermagem é um processo que se desenvolve entre quem presta e recebe cuidados, uma prática com intencionalidade. (Collière, 1999); que é imprescindível atender o

doente na sua singularidade, às suas características pessoais, em contraste com as intervenções de rotina ou standard em que todos os doentes recebem o mesmo tipo de cuidados. Contou com quatro (4) enfermeiros participantes na administração de quimioterapia e explicitava a sequência de componentes e indicadores a seguir para a consecução de uma intervenção de enfermagem individualizada e centrada no cliente. As etapas foram as seguintes:

- Prévio à interação - Processo de Avaliação Diagnóstica (*o que o enfermeiro precisa fazer/saber antes da interação sobre a pessoa doente*);
- Durante a interação - Processo de Intervenção Terapêutica (*o quê e como desenvolver a interação com as pessoas a receberem tratamento por quimioterapia antineoplásica, segundo os princípios do cuidado individualizado e centrado no cliente*);
- Fim da interação (*o que perguntar ao doente e o que registar após interação*).

No cumprimento desta grelha, primeiro o enfermeiro acede e colhe informação sobre as preferências, necessidades e perceções do doente, depois adequa a informação nas intervenções educacionais, cuidados de enfermagem ou atividades de reabilitação às características do doente e situação, reações do doente às respostas de saúde e às características do ambiente físico e social. Finalmente, é assegurado ao doente o poder de participar na tomada de decisão, sobre os cuidados, atendendo às suas expectativas e resultados desejáveis (Suhonen, Välimäk e Leino-kilpi, 2008).

Mantendo estes pressupostos, são estabelecidos como objetivos da atuação da enfermeira na administração de quimioterapia citostática, promover a confiança e a segurança, a autonomia, o conforto, o respeito, a esperança e perseverança e preparar e administrar a quimioterapia e outros tratamentos, identificados por Lopes (2006).

A Intervenção de Enfermagem no Alívio do Sofrimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica AQT Individualizada

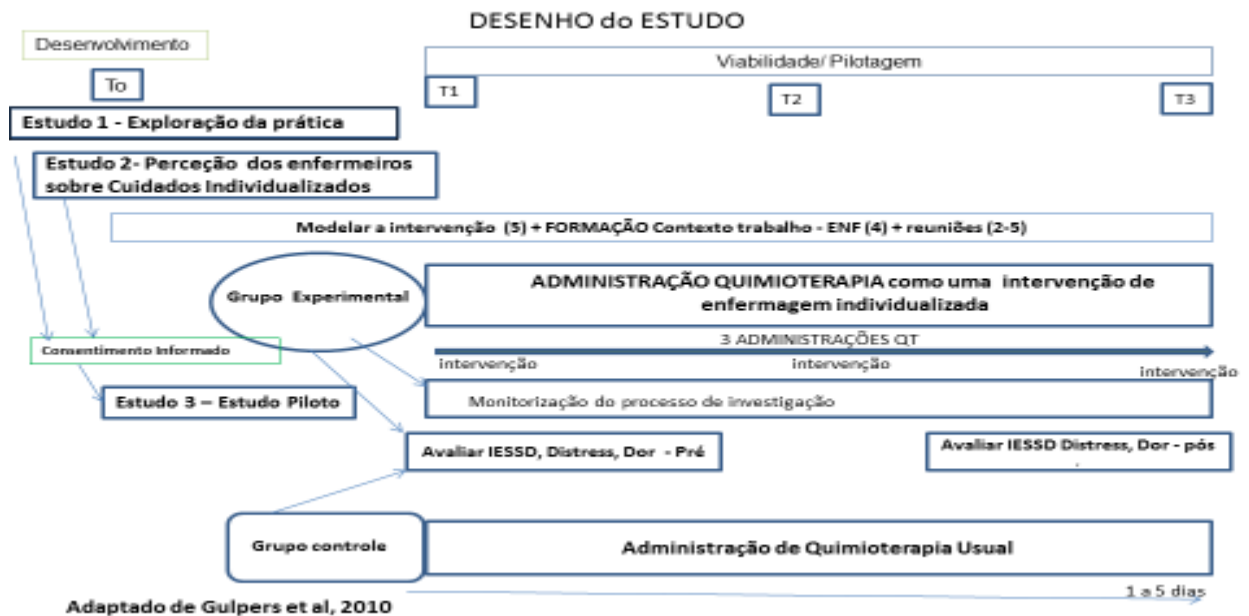


Figura 1 – Desenho do estudo “A intervenção de enfermagem que alivia o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica internada”

No estágio de viabilidade/pilotagem (Craig, et al, 2008) foi realizado o estudo *quasi* experimental, longitudinal onde foi implementada a intervenção descrita no guião de interação, pelas mesmas quatro (4) enfermeiras. Esta interação foi desenvolvida em 3 dias consecutivos decorrendo exclusivamente no turno da manhã de 2^a a 6^a feira: Tempo 1, (T1); Tempo 2 (T2); Tempo 3 (T3) como se verifica na figura 1.

Para identificar os resultados da intervenção e os níveis de sofrimento dos doentes foram empregues três instrumentos: Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD) de Gameiro (1999), o Termómetro de *Distress* (Bacalhau, 2004) e a Escala Analógica da Dor. Estes instrumentos foram aplicados em dois momentos: primeiro antes da intervenção (pré) e o segundo momento no 3^o dia, fim da 3^a intervenção (pós), sendo aplicado a todos os doentes do estudo (GC e GE), permitindo assim comparar o resultado de intervenção. Decidimos privilegiar a utilização de várias medidas, em detrimento de identificar um único resultado primário (Craig *et al*, 2008).

No grupo controle (GC) os momentos de administração de quimioterapia decorriam no formato de funcionamento usual efetuado pela restante equipa de enfermagem.

A testagem da intervenção foi iniciada de acordo com o desenho previsto *quasi* experimental e longitudinal. A hipótese central do estudo reconhecia a existência duma diminuição estatisticamente significativa dos níveis de *distress*, intensidade de dor, número de problemas e sofrimento no grupo experimental entre a avaliação de pré-teste e a de pós-teste. Esperava-se ainda que não existissem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo na avaliação de pré-teste, em todas as medidas dependentes.

As hipóteses secundárias do estudo relacionavam-se com a possibilidade de influência das variáveis demográficas, designadamente idade, sexo, contexto familiar, região de residência, e as variáveis clínicas (i.e. diagnóstico, tipo de tratamento e tempo decorrido desde o 1º tratamento) sobre as variáveis dependentes.

Seguimos as orientações de Molher, Bartoszek, Kopke, Meyer (2012) para em três estádios (desenvolvimento, viabilidade e pilotagem e, introdução da intervenção e avaliação), reportar o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas em saúde porque é dada ênfase à divulgação do processo e resultados como um elemento importante em cada estádio do processo de investigação, antes da implementação de longo tempo (quarto estádio).

Durante esta fase, houve necessidade de efetuar alguns ajustes mediante as condições do contexto e a avaliação do ocorrido, de forma a possibilitar a continuidade da intervenção. Ponderamos que a fidelidade a um protocolo restrito pode ser inapropriada, defendendo que a intervenção pode funcionar melhor se for permitida a adaptação ao contexto (Craig *et al*, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tal como atrás descrito, os achados da revisão da literatura apontam para a importância dos cuidados focados na pessoa, distanciados das rotinas, dando ênfase à capacidade de escuta, ao respeito e defesa da individualidade da pessoa doente pelo enfermeiro, pelo que passou a fazer sentido modelar uma intervenção de enfermagem que transformasse a administração de terapêutica citostática numa intervenção de enfermagem como momento do cuidado de enfermagem por excelência.

Procedemos à categorização dos dados das entrevistas aos enfermeiros (total de 14) e aos doentes (total de 12), dos questionários aos enfermeiros (total de 12 devolvidos) e dos registos de observação da administração de quimioterapia antineoplásica pelas enfermeiras (total de 15 enfermeiras) por afinidade temática, em modelo aberto e pela estratégia de emparelhamento, de acordo com Bardin (2009). Estas análises qualitativas dos dados encaminharam nos para índices que serviram de base à seleção de objetivos (que orientam a prestação de cuidados dos enfermeiros) e que deram nome às categorias, posteriormente foram comparados e validados com o “Processo de intervenção terapêutica” segundo Lopes (2006).

A perceção que os enfermeiros têm sobre o apoio à individualidade do doente é mais elevado em relação à situação clínica com valor médio de 4,38 e mais baixo globalmente no apoio à autonomia e decisão do doente e em relação à sua situação pessoal com valores médios de 4,04 e 4,11.

Eles percebem que os cuidados que prestam aos seus doentes são individualizados (valores médios de 4,31 a 3,84). Também aqui, os valores mais elevados foram em relação à situação clínica com valor médio de 4,31, seguido na realização de cuidados relacionados com a decisão e autonomia do doente (valores médios de 4,01) e por

ultimo em relação à “situação pessoal” em que foram encontrados valores médios de 3,84.

As enfermeiras observaram que a sua motivação era alta (valor médio global de 3,30) Eles entendem ter liderança profissional e autonomia na sua prática (valor médio global de 3,14) e que prestam cuidados competentes culturalmente sensíveis (valor médio global de 3,05).

Verificamos também, que a percepção das enfermeiras sobre o suporte à individualidade dos doentes (ICS-A) apresentou uma correlação positiva com a motivação no trabalho, controle sobre a prática e liderança e autonomia, nomeadamente com a sub escala situação pessoal e, entre sensibilidade cultural na prática dos cuidados com as sub escalas situação clinica, situação pessoal e autonomia da decisão.

Como resultado dos estudos (estudo 1 e 2) efetuados identificamos os tipos, parâmetros e comportamentos inerentes à intervenção de enfermagem investigada, bem como a forma de distribuir e organizar os diferentes componentes desta (Craig *et al*, 2008).

No estudo *Quasi* Experimental as diferenças encontradas indicam que nos indivíduos do Grupo Experimental (GE), independentemente do momento de avaliação, o nível médio de sofrimento (dimensões física, psicológica, existencial e socio-relacional) é maior no grupo controlo do que no grupo experimental; perceberam menos dor e *distres*) do que os do Grupo Controle. Para além disso constatamos aumento entre o número médio de problemas relatados entre os dois momentos de avaliação (do pré para pós interação do enfermeiro com o doente, no grupo experimental), especificamente fraqueza /fadiga, apetite, nervosismo/ansiedade e preocupações, uma vez que o sofrimento diminui no grupo experimental, nomeadamente ao nível psicológico (2.90 para 3.03) existencial (2.44 para 2.67); socio-relacional (3.51 para 3.72); físico (2.13 para 2.55); e *distress* (3.97 para 5.29) ou dor (1.14 para 3.19).

O ambiente dos cuidados não tem sido muito favorável à expressão do seu sofrimento, pelo que se pode estranhar e questionar a afirmação da literatura sobre o facto das pessoas doentes reportarem mais preocupações por escrito do que verbalmente aos enfermeiros (Madden, 2006). Este facto parece que terá acontecido na população estudada, pois os doentes do Grupo Experimental partiram com níveis de sofrimento inferiores ao do Grupo Controle, tendo sido este facto alvo de reflexão pelo investigador e co-investigadores, que explicaram o facto pela disponibilidade interior dos enfermeiros para a interação, pela intencionalidade inerente a um ato consciente que exigia também explicitação ao doente do que ali iria acontecer.

Da qualidade da interação tantas vezes repetida como é a administração de terapêutica espera-se que haja benefícios para o alívio do sofrimento do cliente, uma vez que a aproximação do enfermeiro não é mais um mero “ato técnico”. Embora decorra de uma prescrição feita por outro profissional a sua assunção e modo de agir no decurso do mesmo é autónomo. E porque acreditamos que o «cuidar não pode ter sentido se a utilização das técnicas se não mantiver integrada no processo relacional»

(Collière, 1999), qualquer tipo de cuidado por mais exigência técnica que tenha, como é a administração de citostáticos, a não dicotomia dos cuidados técnicos e relacionais é a premissa chave deste estudo.

Os enfermeiros sujeitos do estudo revelaram possuir conhecimentos inerentes à administração de terapêutica, ao cancro e ao cuidado centrado na pessoa doente, fazendo sentir-se competentes ao poderem fornecer informação útil e transmitindo aos doentes a sensação de segurança. A investigação confirma a relevância do lugar privilegiado ocupado pelas enfermeiras e outros profissionais na equipa de saúde ao proporcionar informação e suporte durante a administração dos ciclos de quimioterapia (Best, Aldridge, Butow, Olver e Webster, 2015; Considine, Livingston, Bucknall e Botti, 2009, Sá, 2010, Lopes, 2006).

A diferença positiva de resultados obtidos neste estudo entre o momento pré e pós intervenção decorreram em primeiro lugar do método imprimido no protocolo de implementação da intervenção e em segundo lugar do método de trabalho individual dos enfermeiros na realização dos cuidados aos mesmos doentes e de forma continuada, assegurando assim um conhecimento aprofundado e níveis de interação de crescente proximidade. A investigação confirma a importância do conhecimento do ambiente familiar e social, das características e preferências pessoais dos doentes, a sua situação de vida, crenças, valores e expectativas, bem como a situação clínica, que são elementos essenciais e intrínsecos à intervenção individualizada de enfermagem (Suhonen, Land, Välimäki, Berg, Idvall, Kalafati, Katajisto, Lemonidou, Schmidt, Leino-Kilpi, 2010; Suhonen et al., 2011).

Implicação para a prática

A utilização do método individual permitiu a criação de condições para implementar os princípios do cuidado individualizado, centrado no cliente, cumpridos os componentes e indicadores do guião desde o momento imediatamente prévio ao subsequente à interação.

CONCLUSÃO

A administração de quimioterapia antineoplásica, realizada de modo intencional, integrado na experiência individual e única de cada pessoa doente, revelou ter efeito positivo, embora sem relevância estatística. Os resultados apontam que para que o alívio do sofrimento possa acontecer os cuidados de enfermagem precisam ser centrados na pessoa do doente, integrado na sua vivência individual única e a intervenção do enfermeiro assente em conhecimentos e numa intencionalidade clara (Collière, 1999; McCormack e Mccance, 2006).

Os crescentes aumentos da agressividade dos fármacos de quimioterapia administrados por via endovenosa, bem como o estigma da doença, exigem uma

atenção redobrada e mobilização de conhecimentos múltiplos associados aos conhecimentos técnicos e científicos mobilizados na demonstração concomitante de competências relacionais de elevada complexidade.

A utilização de métodos mistos de investigação permitiu otimizar os resultados encontrados e respeitando uma matriz base, compreender os diferentes componentes da intervenção de enfermagem, tendo em conta a complexidade inerente ao contexto e à intervenção de enfermagem propriamente dita, na implementação e avaliação da “administração de quimioterapia antineoplásica, como intervenção de enfermagem (individualizada)”.

REFERÊNCIAS

- Bacalhau, R. (2004). Termómetro de distress—Tradução e reprodução para o instituto português de oncologia Francisco Gentil. *Lisboa: CROL, SA*.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. 4ª ed. Edições 70 ISBN 978-972-44-1154-5
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito*, Coimbra: Quarteto;
- Best, M.; Aldridge, L.; Butow, P.; Olver, I.; Webster, F. (2015). Conceptual analysis of suffering in cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 24:977-986
- Cassell, E. *The nature of suffering and the goals of medicine*. (1991) Oxford University.
- Cascais, A.F.M.V.; Martini, J.G.; Almeida, P.J.S. (2008). Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. *Revista Enfermagem UERJ*: 16(4):495-500
- Ciesla, B. (2010). *Hematologia na prática clínica*. Loures. Lusodidata. 616.1 CIE HEM
- Clark, J.C. (2000); *Mieloma Múltiplo*. In: Otto, S.E. *Enfermagem em oncologia*. 3ª edição. Lusociência.
- Collière, M-F (1999). *Promover a vida. Da Prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: SEP 616-083 COL PRO;
- Considine, J.; Livingston, P.; Bucknall, T. e Botti, M. (2009) Review of the role of emergency nurses in management of chemotherapy-related complications., *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2649–2655
- Craig, P.; Dieppe, P.; Mcintyre, S.; Michie, S.; Nazareth, S.; Petticrew, M. (2008) *Developing and Evaluating Complex Interventions: new guidance*. Medical Research Council www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
- Dallred, C. (2009). *Concepts & Practice*. In: *Medical-Surgical Nursing*. DeWit, S. 616-083:617 DeW MED
- Daniel, B.T. (2000) *linfoma maligno*. In: Otto, S.E. *Enfermagem em oncologia*. 3ª edição. Lusociência.
- Erikson, J. I; Duffy, M. E.; Gibbons, M. P.; Fitzmaurice, J.; Ditomassi, M.; Jones, D. (2004) Contextual Framework/Professional Practice Environment (EPRP). *Journal of Nursing Scholarship*, 36:3, 279-285.
- Ferrel, B.R.; Coyle, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing*. *Oncology Nursing*

Forum 35 (2): 241- 247.

Galpers, M.J.M.; Bleijlevens. M.; Rossum, E.; Capezenti, E.; Hamers, J.B.H. (2010) Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi – experimental study. BMC Geriatrics 10:11.

Gameiro, M.H. (1999). Sofrimento na doença. Coimbra, Quarteto Editora, p.186.;

Gameiro, M. G. H. (2000). *IESSD: um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença* In: Referência : revista de enfermagem. - Coimbra. - ISSN 0874-0283. - N.º 4 (Maio), p. 57-66

Gameiro, M.G.H. (2006). *O sofrimento na doença: apresentação de um modelo facilitador do pensar o sofrimento e da organização das intervenções de alívio* In: Artes de cuidar / Ciclo de Colóquios. - Loures : Lusociência - ISBN 972-8930-18-6. - p. 135-153

Iturra R. (1999) Trabalho de campo e observação participante em antropologia IN: Silva, A S; Pinto, J, M: Metodologia das ciencias sociais. ed Afrontamento 10 ed

Lopes, M.J. (2006) A relação enfermeiro – doente como intervenção terapêutica. Formasau Coimbra, p. 367;

Lopes, M. J.; Basto, M. L. - *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau, 2006. 368 p. ISBN 972-8485-62-X

Kim, M. Y. (2011) Effects of oncology clinical nurse specialists`interventions on nursing sensitive outcomes in south korea.clinical journal of oncology Nursing. 15 (5): E66- E74.

Madden. J. (2006). The Problem of Distress in Patients With Cancer: More Effective Assessment. Clinical Journal of Oncology Nursing , Volume 10,(5) : 615 -619

McCormack, B.; McCance, T. V. (2006) Development of a framework for person-centred nursing. Nursing Theory and concept. Development or Analysis. Blackwell Publishing. 472- 479.

MEDICAL RESEARCH COUNCIL (2000). A Framework for Development and Evaluation of RTCs for Complex Interventions to Improve Health.(sn:sl);

Meijel, V. B, Gamel C, van Swieten-Duijffjes B, Grypdonck MH. (2004) The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. J Adv Nurs. 2004 Oct;48(1):84-92.

MisheL, MH (1988). Uncertainty in illness.The Journal of Nursing Scholarship. 20, 225-232.

Mohler, R; Bartoszek, G; Kopke, S;(2012). Proposed criteria for reporting the development and evaluation of complex interventions in health care (CRedeCI).International Journal of Nursing Studies. 49:40-46;

Montgomery, M; Mccrone, S.H. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2372-2390.

Morse, J.M. (2005). Towards a praxis theory of suffering. In: Cutcliffe, J.R.; Mckenna, H.P.; Chinn, P.; Melleis, A.,I. The Essential Concepts of Nursing. Elsevier Churchill Livingstone.

Morse, J; Johnson, J.L. (1991) Toward a Theory of Illness: The Illness-Constellation Model. In MORSE, J; JOHNSON, J.L. The illness Experience. Sage Publications.

Ososki, R.L.E. (2000). Leukemia. In: Otto, S.E.Enfermagem em oncologia. 3ª edição. Lusociência.

Pereira, N; Botelho, M.A.R. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do colon e reto após tratamento com intenção curativa. Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, vol 16, nº 1:31-50.

Perry, A. (1997). *Nursing : a knowledge base for practice*. 2ª ed. London: Arnold,. XIII, 346 p. . ISBN 0-340-63188-0

Persson, L.; Hallberg, I.R.; Ohlsson, O. (1997). Survivors of acute leukaemia and highly malignant Lymphoma- retrospective views of daily life problems during treatment and when remission. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 68-78

Pfeifer, K.A. (2000). Fisiopatologia In: Otto, S.E. *Enfermagem em oncologia*. 3ª edição. Lusociência.

Sá, E. - *A contribuição da enfermagem para aliviar o sofrimento do doente hemato-oncológico: revisão da literatura In: Pensar Enfermagem*. - Lisboa, (2º semestre 2010). - ISSN 0873-8904. - Vol. 14, nº2, p. 55-69

Slater, P.; McCormack, B.; Bunting, B.(2009). The Development and pilot testing of an instrument to measure nurses `working environment: the Nursing Context index. *Worldviews on evidence-based nursing*, set-dez: 173-182.

Suhonen,R.; Schmidt, L.A.; Radwin, L.:(2007) Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1): 77-85.

Suhonen R, Välimäki M, Leino-kilpi H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing* 17 (7), 843-860. *Scand Journal Caring Science*, 18: 27-36

Suhonen, R.; Land, L.; Välimäki, M.; Berg, A.; Idvall, E.; Kalafati, M.; Katajisto, J.; Lemonidou, C.; Schmidt, L.A.; Leino-Kilpi, H. (2010). Impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care.....

Suhonen, R.; Stolt, M.; Puro, M.; Leino-kilpi, H.(2011). Individuality in older people `s care – challenges for the development of nursing and nursing management. *Journal of nursing management*, 19: 883-896.

Suhonen,R.; Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Tsangari, H.; Jarasova, D.; Leino-kilpi, H.; Patiraki, E.; Karlou, C.; Balogh, Z.; Merkouris, A.(2012). Patient satisfaction as an outcome of individualized nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26: 372-380

Swanson, K. M. (1991). *Empirical development of a middle range theory of caring*. *Nursing Research*, v. 40, n. 3 (May/June), pp. 161-166

Watson, Jean. (1988). *Nursing: human science and human care*. New York: National League for Nursing.

Wayman, L.M.; Gaydos, H.L.B. (2005). Self-Transcending through suffering. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7 (5): 263-270.

WHO (2007). *People – centred health care. A policy Framework*. World Health organization. Geneva
Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra, Ariadne Editores.

<http://www.canceradvocacy.org/about-us/our-mission-NCCS> accessed April,14, 2008

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf accessed april, 24, 2018

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE GEMELARES COM DIAGNÓSTICO DE APLV ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE CASO

Ana Roberta Araújo da Silva

Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE.

Sílvia Silanne Ximenes Aragão

Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola de Saúde da Família de Sobral-CE.

Francisco André de Lima

Nutricionista. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE

Lylian Cavalcante Fonteneles

Nutricionista.

Ana Alice Silvia Nascimento

Nutricionista.

Martinilsa Rodrigues Araújo

Nutricionista. Mestranda em Gestão em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP. Sobral-CE

Ingrid Bezerra Bispo

Nutricionista. Mestre em Bioprospecção Molecular pela Universidade Regional do Cariri-URCA. Crato-CE

Kelle Maria Tomais Parente

Nutricionista. Especialista em Nutrição Materno-Infantil pela Faculdade Unyleya. Sobral-CE

Katharyna Khauane Brandão Ripardo

Nutricionista. Especializando em Nutrição Materno-Infantil pela Faculdade Unyleya. Sobral-CE

Rosiane de Paes Borges

Nutricionista. Mestre em Nutrição e Saúde na Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-CE.

Gabriele Carra Forte

Nutricionista. Pós-doutora em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

RESUMO: A amamentação é recomendada de forma exclusiva durante os primeiros meses de vida dos bebês, onde o leite materno supre as necessidades nutricionais dos lactentes, apresentando-se como importante fonte de nutrientes. Contudo, alguns casos de alergia a proteína do leite de vaca (APLV) apresentado por algumas nutrizes com relação aos lactentes, fundamentou o objetivo dessa pesquisa de fazer o acompanhamento nutricional de gemelares com APLV assistidos na Atenção Primária para continuação do aleitamento materno exclusivo, por meio de dieta de exclusão materna, tendo em vista que as proteínas do ovo, do leite, do amendoim passa da alimentação da nutriz para o leite materno, existem várias vertentes em discussão, sendo uma delas é que os anticorpos do leite materno, podem se combinar a antígenos alimentares que induzem a tolerância. Porém, a dieta de exclusão de alimentos potencialmente alérgicos só deve ser recomendada para nutriz de bebês que já foi diagnosticado a presença

de alergias depois de amamentado exclusivamente. O estudo veio confirmar que submeter à genitora a uma dieta de exclusão materna mediante diagnóstico já estabelecido e sobre orientações nutricionais adequadas, apresentou-se como uma alternativa eficaz para a manutenção do aleitamento materno exclusivo a lactente com diagnóstico clínico de APLV, também foi observado que a presença de APLV é rara em crianças em aleitamento materno exclusivo, sendo que algumas medidas como manejo adequado, disposição da mãe e suporte qualificado e humanizado dos profissionais de saúde são fundamentais para garantir uma assistência a nutriz que procura atendimento na atenção primária.

PALAVRAS-CHAVES: Aleitamento materno. APLV. Dieta materna.

EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN CMPA DIAGNOSED TWINS ASSISTED IN PRIMARY CARE: A CASE STUDY

ABSTRACT: Breastfeeding is exclusively recommended during babies first months of life, when maternal breast milk supplies infants nutritional needs, presenting itself as an important source of nutrients. However, some cases of cow milk protein allergy (CMPA), presented by some nursing mothers related to infants, substantiated this research objective in making a nutritional follow up of CMPA diagnosed twins assisted in Primary Care for continuing exclusive maternal breastfeeding, via maternal exclusion diet, considering that peanuts, milk, and egg proteins pass from nursing mothers feeding to maternal milk. There are many aspects being discussed, being maternal milk antibodies ability to combine with food antigens, which induces to intolerance, one of them. However, exclusion diet for potentially allergic foods must only be recommended for a nursing mother of babies that were already diagnosed with some allergies after exclusive breastfeeding. This study came to confirm that submitting a mother to an exclusion diet through an already-established diagnose, and under adequate nutritional guidance, presented itself as an effective alternative to maintain exclusive breastfeeding to an infant with CMPA clinical diagnosis. We also observed that CMPA occurrence is rare in children under exclusive maternal breastfeeding, where some measures such as adequate handling, maternal disposition, and humanized and qualified support by health professionals are fundamental to guarantee assistance to a nursing mother seeking service in primary care.

KEYWORDS: Breast Feeding. CMPA. Maternal Diet.

1 | INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno é recomendado de forma exclusiva até os primeiros seis meses de vida, pois supri sozinho as necessidades nutricionais do lactente, e após esse período até o segundo ano de vida, apresenta-se como fonte importante de nutrientes de forma complementar. Além dos nutrientes, esse apresenta compostos imunológicos ativos com propriedades anti-infecciosas e antiinflamatórias, reduzindo

assim o risco doenças infecciosas. Sua definição segundo a Organização Mundial de Saúde é quando o leite materno exclusivo constitui a única forma de alimentação de um lactente, podendo ser administrado diretamente do seio materno ou de forma ordenada. Sua produção está diretamente relacionada com o binômio demanda-oferta, dessa maneira mães de gemelares estão capazes de amamentar seus filhos de forma exclusiva durante os seis primeiros meses de vida. Contudo, um suporte técnico e psicológico deve ser oferecido durante todo esse período, como forma de encorajar as nutrizes para enfrentarem sua maior preocupação, que consiste na produção de leite ser suficiente para alimentar dois bebês de forma adequada. Fora enfrentar o abandono dessa prática essencial para saúde de crianças menores de seis meses, problemas com alergias a proteína do leite de vaca, embora seja rara, já estão sendo identificadas em crianças após amamentação. Resultados de estudos confirmada a presença de alérgicos alimentares ocultos no leite materno, justificando dessa forma o surgimento dos sintomas quando os lactentes são amamentados. Podendo a proteína do leite de vaca, ser transferida pelo leite materno na hora da mamada. Alergia alimentar é o termo usado para referir as manifestações adversas a alimentos por meio de mecanismos imunológicos, podendo ser por IgE mediado ou não. Essas alergias são predominantes em crianças, apresentando aproximadamente 6% em menores de três anos e de 3,5% em adultos. Dessa forma, faz-se necessário que o estímulo e o suporte ao aleitamento materno ocorram em todos os pontos de atenção a saúde da mulher e da criança como no pré-natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e após a alta hospitalar. Apoiar não significa apenas dá suporte científico limitando-se no que se pode ou não se pode fazer. E sim, proporcionar a nutriz um suporte necessário que a deixe autônoma e encorajada a tomar suas decisões, confiando que o profissional de saúde importa-se com seu bem estar e do seu filho, construindo um laço de confiança entre os mesmo.

2 | OBJETIVO

Descrever o acompanhamento nutricional de gemelares com APLV assistidas na Atenção Primária para continuação do aleitamento materno exclusivo, por meio de dieta de exclusão materna.

3 | DESCRIÇÃO DO CASO

Gemelares univitelinas, do sexo feminino, 01 mês de idade, com diagnóstico clínico de Alergia a Proteína do Leite de vaca (APLV) manifestado durante aleitamento materno exclusivo. Genitores procuraram profissional nutricionista do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Centro de Saúde da Família do Município de Forquilha-CE, devido ao diagnóstico médico de APLV das filhas, e com objetivo de

obter parecer nutricional para cadastro no programa do leite do Governo Federal e poder receber a fórmula hidrolisada da proteína do leite de vaca prescrita pelo pediatra em substituição do aleitamento materno. Na primeira consulta que ocorreu no dia 05 de setembro de 2016, foi realizada avaliação nutricional nas lactentes gemelares e ausculta minuciosa da genitora. A mesma relatou que teve uma gestação normal, nega diabetes e hipertensão arterial gestacional, anemia e infecções. As gemelares nasceram de parto Cesário, a termo para idade gestacional e com peso adequado. Ao exame físico, as duas apresentavam abdome distendido, irritabilidade, choro e dermatite atópica. Durante anamnese nutricional, foi questionado sobre as mamadas das gemelares, sendo relatado que era um momento tenso devido às meninas apresentarem comportamento irritado e refluxo após o término da mesma. Contudo, a genitora afirmou querer continuar o aleitamento materno as gêmeas, devido ter conhecimento da sua enorme importância para a criança nos primeiros seis meses de vida. Foram aferidas medidas antropométricas das lactentes para análise dos índices antropométricos preconizados pelo Ministério da Saúde de acordo com a idade e posterior análise segundo as curvas de crescimento também do Ministério da Saúde (2006). Diante do quadro clínico das gemelares e do desejo da genitora de continuar amamentando, foram expostos todos os fatores de risco financeiros e nutricionais sobre o uso da fórmula hidrolisada e exclusão definitiva do aleitamento materno devido APLV. Porém, também foi apresentada a alternativa de continuar com o aleitamento materno exclusivo mesmo perante o diagnóstico clínico, por meio da dieta de exclusão alimentar a proteína do leite de vaca a ser realizada pela genitora. O padrão utilizado para avaliar a eficácia da dieta seria remissão dos sintomas e evolução das lactentes gemelares nas curvas de crescimento. A genitora mostrou-se disposta a aderir a dieta e continuar amamentando suas filhas. Dessa forma, consultas nutricionais mensais com as lactentes gemelares foram realizadas, para obtenção das medidas antropométricas e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para manutenção da dieta de exclusão materna e do aleitamento materno exclusivo.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As medidas antropométricas foram: gemelar um do nascer aos seis meses para peso 2.500kg, 3.258kg, 4.300kg; 4.850kg; 5.250kg e 6.230kg; comprimento 45cm; 49cm; 54,5cm; 55,5cm; 57,5cm e 60cm. Gemelar dois do nascer aos seis meses para peso 2.380kg, 3.100kg, 4.300kg, 4.850kg, 5.250kg e 6.230kg; comprimento 45cm; 49cm; 54,5cm; 55,5cm; 57,5cm e 60cm. Ambas apresentaram curvas ascendentes para peso e comprimento. De acordo com os resultados descritos, foi observado que mãe de gemelares apresenta produção suficiente de leite materno, pois após a liberação do leite inicia-se a fase de lactogênese também conhecido como galactopoiese, que permanece durante toda a lactação. Essa depende principalmente do mecanismo de

sucção do lactente (estímulo da ocitocina) e esvaziamento da mama (estímulo da prolactina), juntos, esses hormônios liberam grande parte da mamada. O incentivo ao aleitamento materno exclusivo para crianças menores de seis meses na Região Nordeste deve ser intensificado, tendo em vista que está apresenta o pior índice entre as regiões estudadas, estando com 37,0% de Aleitamento Materno Exclusivo. Dessa forma, a ausculta qualificada do profissional de saúde e sua inserção no contexto familiar da nutriz, por meio do apoio muito além de informações, obtiveram grande êxito, pois cada mulher vivência de forma singular esse momento. Contudo, essa prática de suporte a cerca do incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, está acontecendo de forma apenas informativa pela maioria dos profissionais de saúde da Atenção Primária, tendo com foco o “tempo de duração”. A amamentação a gemelares depende diretamente da disponibilidade da mulher em amamentar, do que a quantidade de leite produzido. Contudo, essas mães precisam de apoio adequado dos profissionais de saúde a cerca do emponderamento dessas nutrizes sobre sua capacidade de enfrentar as dificuldades que irão encontrar. Isso demonstra que a presença de profissionais qualificados na Atenção Primária, foi de fundamental importância para continuidade do aleitamento materno exclusivo desses gemelares, tendo em vista que esse serviço se caracteriza como porta de entrada e centro de comunicação das redes de atenção a saúde dentro do Sistema Único de Saúde. Todavia, depois de vencida a dificuldade sobre o aleitamento materno exclusivo para menores de seis meses, outros problemas vêm se apresentando como causador do abandono a essa prática benéfica para saúde de nossas crianças. A presença de alérgicos alimentares no leite materno vem sendo cada vez mais identificados nas pesquisas, estando a ovoalbumina com 59% a 74%, β -lactoglobulina bovina em 53% a 63% e a proteína de amendoim em cerca de 48%. Em quantidades menores, foi identificado a ovomucóide, alfa-S1-caseína, gliadina e outros alérgicos alimentares. Embora o Aleitamento materno exclusivo possua inúmeros benefícios, a amamentação vem sendo apontada como um fator causador de alergias alimentares. Existem várias vertentes em discussão, uma delas é que anticorpos do leite materno, podem se combinar a antígenos alimentares que induzem a tolerância. É de conhecimento comum desde a década de 60 que, as proteínas do leite, do ovo e do amendoim, passam da alimentação da nutriz para o leite materno. Contudo, a dieta de exclusão de alimentos potencialmente alérgicos só deve ser recomendada para nutriz de bebês que já foi diagnosticado a presença de alergias depois de amamentado exclusivamente. O estudo veio confirmar que submeter à genitora a uma dieta de exclusão materna mediante diagnóstico já estabelecido e sobre orientações nutricionais adequadas, apresentou-se como uma alternativa eficaz para a manutenção do aleitamento materno exclusivo a lactente com diagnóstico clínico de APLV.

5 | CONCLUSÃO

Observa-se, ainda que raramente, a presença de alergia a proteína do leite de vaca em crianças em aleitamento materno exclusivo. Todavia, manejo adequado pode ser adotado como alternativa perante essa patologia. Porém, os mesmos dependem diretamente da disposição da mãe e suporte qualificado e humanizado dos profissionais de saúde, principalmente na Atenção Primária, por que é onde essa nutriz procura primeiro atendimento.

REFERÊNCIAS

CHERUBINI, Kadhija Abrahim. **Associação entre alimentação materna e cólica em lactentes: uma revisão sistêmica**. Porto Alegre, 2011.

CINAR, et al. **Breastfeeding Twins: A Qualitative Study**. J HEALTH POPUL NUTR 2013 Dec;31(4):504-509

FUJIMORI, E. et al. **Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde**. Interface. Comunicação Saúde Educação, v.14.n.33,p.315-27,abr./jun.2010.

KOLETZKO, B. PRELL, C. **Breastfeeding and Complementary Feeding – recommendations on infant nutrition**. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 435–44. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0435.

Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) - Curso de autoaprendizado**. *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*. Brasília, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e Distrito Federal**. 1ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

MUÑOZ. M.F.M.; PINEDA.F.; PARRADO. G.G.;GUILLÉN.D.; RIVERO. D.; BELVER. T.; QUIRCE.S. **Food allergy in breastfeeding babies. Hidden allergens in human milk**. Eur Ann Allergy Clin Immunol. Vol 48, N4, 123-128, 2016.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. **Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar**. *Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia*, vol. 31, nº 2, 2008.

TOIT, G. D.; FOONG, R.M.; LACK, G. **Prevention of food allergy e Early dietary interventions**. *Allergology International* 65 (2016) 370-377.

ASPECTOS SOCIAIS E DA SAÚDE DE MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ATENDIDAS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E NA ATENÇÃO BÁSICA

Erica Jorgiana dos Santos de Moraes

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Elayne Kelly Sepedro Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Karina Carvalho de Oliveira

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Roseli Carla de Araújo

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

Maria da Consolação Pitanga de Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

RESUMO: A focalização do Programa Bolsa Família e seus efeitos sobre a pobreza, a desigualdade de renda, queda dos indicadores de vulnerabilidade social e o empoderamento materno, têm sido relevante no campo das políticas sociais atualmente. A pesquisa teve como objetivo analisar os aspectos sociais e econômicos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e nos Centros de Referências da Assistência Social – CRAS, como também descrever sobre a participação delas no âmbito do planejamento

da saúde reprodutiva na atenção básica e nos projetos de geração de renda. Foram entrevistadas 12 mulheres atendidas nas UBS e 13 nos CRAS, que na sua grande maioria eram solteiras, numa faixa etária entre 18 a 39 anos de idade, com uma média de 1,2 filhos, com ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo, cor/etnia auto referida como parda ou negra, com a média de 1,3. Quanto à renda familiar de até um salário mínimo e o tempo de recebimento do benefício de 1 a 9 anos. O estudo evidenciou três categorias analíticas: Aspectos relacionados a saúde reprodutiva; Aspectos socioeconômicos das mulheres; Participação de mulheres em projetos de empoderamento pelo o CRAS. Conclui-se que as beneficiárias do programa Bolsa Família são mulheres com perfil socioeconômico comum às mulheres em situação de vulnerabilidades, com um baixo grau de escolaridade, renda familiar em torno de um salário mínimo ou menos. Percebeu-se que a participação destas nos programas de empoderamento social, como o PRONATEC, é insignificante. Desta forma, aponta-se a necessidade da inserção das mulheres beneficiárias do bolsa família em programas de capacitação profissional e de geração de renda.

PALAVRAS-CHAVES: Mulheres. Vulnerabilidade Social. Assistência Social. Empoderamento. Estratégia Saúde da Família

SOCIAL AND HEALTH ASPECTS OF WOMEN BENEFICIARIES OF THE BOLSA FAMILIA PROGRAM ATTENDED IN REFERENCE CENTERS AT SOCIAL ASSISTANCE AND BASIC ATTENTION

ABSTRACT: The focus of the Bolsa Família Program and its effects on poverty, income inequality, drop in social vulnerability indicators and maternal empowerment have been relevant in the field of social policies today. The aim of the research was to analyze the social and economic aspects of women beneficiaries of the Bolsa Família Program - PBF, attended at the Basic Health Units - UBS and at the Social Assistance Reference Centers (CRAS), as well as to describe their participation in the reproductive health planning in basic care and in income generation projects. Twelve women attended in the BHU and 13 in the CRAS were interviewed, most of whom were single, between 18 and 39 years of age, with an average of 1.2 children, with incomplete elementary school to complete high school, color / ethnicity referred to as brown or black, with a mean of 1.3. Regarding the family income of up to one minimum wage and the time of receiving the benefit of 1 to 9 years. The study showed three analytical categories: Aspects related to reproductive health; Socioeconomic aspects of women; Participation of women in empowerment projects by CRAS. It is concluded that the beneficiaries of the Bolsa Família program are women with a socioeconomic profile common to women in situations of vulnerability, with a low level of schooling, family income around a minimum wage or less. It has been realized that their participation in social empowerment programs, such as PRONATEC, is insignificant. In this way, it is pointed out the necessity of the insertion of the women beneficiaries of the family grant in programs of professional qualification and income generation.

KEYWORDS: Women. Social Vulnerability. Social Work Power (Psychology). Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada, atualmente, estão presentes em vinte países da América Latina e Caribe, onde dão cobertura a mais de 120 milhões de pessoas, o que equivale a 20% da população da região, a um custo que gira em torno de 0,4% do produto interno bruto (PIB) regional. Tais programas disseminaram-se também em outras regiões do mundo, como a Ásia e a África (MORAES, 2015).

O Programa Bolsa Família (PBF) corresponde um programa de combate à pobreza, criado através de Medida Provisória n.º 132/2003, transformado em Lei n.º 10.836/2004 e regulamentado por Decreto n.º 5.209/2004 (BRASIL, 2004). Foi iniciado em outubro de 2003 e constituído através da unificação de quatro programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Auxílio-Gás, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação (BARBOSA *et al.*, 2014). O PBF integra o Plano Brasil sem Miséria, que

tem como foco de atuação os 16,2 milhões de brasileiros com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 70,00 (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014).

Estudo populacional realizado em uma comunidade no Brasil comprova que o PBF aumenta a utilização dos serviços de saúde preventiva, além de incentivar as famílias pobres a usar os serviços de saúde existentes e a interagir com o sistema público de saúde, proporcionando assim uma excelente oportunidade para conectar as famílias com outros serviços que podem beneficiá-los (SHEI *et al.*, 2014).

As condicionalidades do PBF vinculadas ao setor saúde são operacionalizadas nos serviços de atenção primária, oferecida por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo compromisso dos pais ou responsáveis: manter atualizado o calendário de vacinação das crianças menores de sete anos e levar as crianças para pesar, medir e serem examinadas, conforme o calendário do Ministério da Saúde (MS). As gestantes e mães que amamentam devem participar do pré-natal e ir às consultas na unidade de saúde. Após o parto, devem continuar o acompanhamento da própria saúde e do bebê, além de participar das atividades educativas promovidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento e alimentação saudável (MORAES, 2015; MDS, 2006).

É compromisso do Ministério da Saúde e atribuição compartilhada com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) ofertar serviços que visem ao cumprimento dessas condicionalidades, tendo os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) um papel primordial no acompanhamento das famílias participantes do PBF, visto que essas ações são desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde (APS) (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014).

No âmbito da saúde, estudos sobre o PBF indicam efeitos positivos na promoção da equidade das famílias beneficiárias, como a diminuição da desnutrição infantil, o aumento de consultas pré-natais e a diminuição da mortalidade infantil, tais efeitos positivos denotam claramente inclusão social de grupos mais vulneráveis (ALVES; ESCOREL, 2013).

A participação irregular de mães no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de seus filhos no âmbito de uma Unidade Básica de Saúde, em que a maior procura por atendimento acontece quando a criança está doente, não atentando as mães para importância das ações de saúde voltadas à redução da morbimortalidade infantil, prevenção de agravos, vigilância e promoção da saúde da população infantil (GODEIRO *et al.*, 2013).

A focalização do Programa Bolsa Família e seus efeitos sobre a pobreza, a desigualdade de renda, queda dos indicadores de vulnerabilidade social e o empoderamento materno, têm sido tema de alguns artigos recentes na literatura que trata da avaliação de políticas sociais. Portanto, torna-se relevante aprofundar os estudos sobre o perfil socioeconômico das mães beneficiárias do PBF que permitirá compreender melhor o fenômeno ainda incipiente na literatura brasileira quando se trata de programas sociais, e para o debate quanto o impacto do PBF sobre a vida dessas famílias.

A pesquisa teve como objetivos analisar os aspectos sociais e econômicos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e nos Centros de Referências da Assistência Social – CRAS, como também descrever sobre a participação delas no âmbito do planejamento da saúde reprodutiva na atenção básica e nos projetos de geração de renda.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário dessa pesquisa se configurou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) das Diretorias Regionais de Saúde Sul e Centro/Norte e nos Centro de Referência de Assistência Social – CRAS das zonas leste/sudeste, Centro/Norte e Sul, localizadas em uma capital do Nordeste do Brasil.

As participantes do estudo foram 12 mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas na UBS e 13 no CRAS, na faixa etária entre 18 e 49 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, com pelo menos um ano de cadastradas no CRAS e na UBS. Foram excluídas as mulheres que por algum motivo estavam com o benefício cancelado.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e julho de 2018, por meio de entrevista guiada por roteiro semiestruturado constituído de questões para atender aos objetivos dessa pesquisa. Além disso, com o intuito de caracterizar as participantes quanto aos aspectos sócio demográficos, foi aplicado um formulário contendo dados relacionados à idade, estado civil, quantidade de filhos, renda familiar, escolaridade, raça/etnia, ocupação e tempo de serviço.

As entrevistas aconteceram de forma individual e em local reservado, evitando-se a interferência de terceiros. Para a preservação do anonimato e do sigilo das participantes do estudo, utilizou-se a sequência numérica para a codificação das participantes no instrumento de coleta de dados. O referencial teórico utilizado foi o de Minayo para a exploração do material e análise do texto, cuja finalidade é analisar a partir das falas das entrevistadas, organizá-las em categorias analíticas que atendem aos objetivos da pesquisa, síntese e interpretação dos resultados (MINAYO, 2010).

O estudo evidenciou três categorias analíticas, a saber: Aspectos relacionados à saúde reprodutiva; Aspectos socioeconômicos das mulheres; Participação de mulheres em projetos de empoderamento pelo o CRAS.

Após a autorização das instituições co-participante, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, adquirindo o número do Parecer nº 2.573.518, em 02 de abril de 2018 nas UBS e Parecer nº 1.613.758, em 29 de junho de 2016 do CRAS. Ressalta-se que o estudo respeitou a Resolução 466/2012, no qual, todo protocolo da pesquisa foi submetido à revisão e análise ética.

3 | RESULTADOS

3.1 Caracterização dos sujeitos

Participaram da pesquisa 12 mulheres beneficiadas do programa bolsa família, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e 13 atendidas nos CRAS. Em sua maioria, as mulheres entrevistadas, eram solteiras, com uma média de 1,2 filhos, com renda familiar de menos de um salário mínimo, com ensino médio completo e cor/etnia auto referida como parda ou negra. A faixa etária variou entre 18 a 39 anos, com o grau de escolaridade do ensino fundamental incompleto ao ensino médio completo. O tempo de recebimento do benefício variou de 1 a 09 anos.

3.2 Aspectos relacionados à saúde reprodutiva

No que diz respeito ao observado sobre os aspectos relacionados a saúde reprodutiva, quase a totalidade das mulheres não participam das atividades do Programa de Saúde da Mulher das UBS. A minoria que participava havia iniciado as atividades recentemente, relatando ida a palestras sobre gravidez. Contudo, notou-se descontentamento com o serviço oferecido, onde havia solicitação de encaminhamento para outra UBS preferida pela mulher, conforme segue nas falas a seguir:

Agora que estou começando (E9)

Já participei de palestra sobre a gravidez, essas coisas (E5)

Pego encaminhamento para fazer em outro lugar (E6)

Não tem isso não, tem mal a consulta (E4).

Em relação ao uso de algum método contraceptivo, pôde-se observar o desconhecimento das mesmas em relação a esses métodos, notando-se o uso conjunto de dois ou mais, mesmo por mulheres que passaram pelo procedimento cirúrgico de laqueadura. No que diz respeito ao uso da camisinha, apenas uma participante não relatou o uso, explicando o não uso ao fato de não estar tendo relações sexuais. Como mostra os seguintes depoimentos:

Uso pílula anticoncepcional e camisinha (E1)

Uso anticoncepcional, mas sou ligada também, cortada as trompas, e tem camisinha também ne? (E2)

Preservativo, mas sou ligada (E8)

Não uso camisinha porque faz tempo que não namoro (E10)

3.3 Aspectos socioeconômicos das mulheres

Quanto aos aspectos socioeconômicos, algumas mulheres obtiveram o benefício recentemente, cerca de 4 meses, já outras o recebiam a 15 anos. O valor recebido, em média houve muita oscilação, onde a amplitude vai desde o valor mínimo relatado de R\$ 39,00 reais até o valor máximo de R\$401,00 reais. Quando questionadas o que mudou nas suas vidas após o Bolsa Família, as participantes relatam que suas vidas melhoraram. A melhora está relacionada ao fato de que o dinheiro supre necessidades diversas em relação a alimentação para os filhos, despesas da casa, passe de ônibus e material escolar, principalmente porque muitas beneficiadas não trabalham, configurando-se o PBF como uma renda extra confiável. Todavia, pôde-se observar que para as mulheres que recebem bem menos do benefício a mudança salientada é menor em relação as que recebem mais, sendo assim, as condições valor recebido e mudanças que o PBF traz, são diretamente proporcionais:

6 meses, R\$ 85,00, não contribuiu com muita coisa (E1)

5 anos, R\$ 163,00; mudou, compro algo para as crianças e ajuda nas despesas de casa (E3).

Recebo a 15 anos, R\$120,00 reais, melhorou bastante, com ele compro lanche para as meninas, passe no ônibus, material escolar (E5).

Recebo há 8 anos, R\$ 180,00 depois R\$ 130,00 e agora R\$ 110,00 ajuda muito (E7).

Uns 10 anos, R\$ 163,00, é uma renda que você pode confiar principalmente agora que eu não tô trabalhando (E8).

Recebo há 4 meses, R\$ 124,00, dá pra pagar minhas contas e comprar coisas para o meu filho (E9).

Recebo há 1 ano, R\$ 39,00 reais, não ajudou muita coisa (E10)

Ao serem indagadas sobre os programas de educação e de geração de renda ligados ao Bolsa Família que participavam, a totalidade referiu nunca ter participado. Apenas uma mulher relatou conhecer esses programas, no entanto, quem participou foi sua filha. Outra participante explica que ao se dirigir ao Centro de Referência da Assistência Social ou os cursos já passaram ou as vagas se encontravam preenchidas, de acordo com os relatos:

Não nunca participei de nenhum não. Quando vou ao CRAS ou já passou ou já acabou as vagas (E4).

A minha menina participou, uma mulher ia brincar com ela, além da minha antena (E10).

Questionadas sobre como seria o futuro sem o Bolsa Família, as respostas se apresentaram com um misto de sentimentos, variando do otimismo de conseguirem

uma oferta de emprego a dura realidade de impotência, onde muitas mulheres/mães de família não sabem o que fariam ou como as despesas de casa seriam pagas. Essa situação surge à medida que a maioria tem filhos pequenos e não possuem uma base familiar confiável a quem poderiam recorrer e outras são cometidas de alguma deficiência, conforme as falas a seguir:

Começar a estudar, arrumar emprego (E1).

Acho que seria um pouco ruim, porque no momento ajuda bastante. Mas como tô com uma deficiência, preciso procurar outro benefício. É uma boa ajuda claro, mas não dá, preciso de outros meios, tenho duas filhas pequenas pra criar (E2).

Não sei, ia ser ruim porque é uma renda a menos, mas eu me virava. Mas eu sentir muita falta (E3).

Acho que é péssimo, eu não trabalho, só o meu marido, então já me ajuda bastante, compro roupa, calcinha, sutiã e minha filha é moça já (E4).

Quebra as pernas da gente, desestruturaria (E7).

Voltar a estudar, fazer curso e arrumar um emprego (E8).

Muito ruim, pois sou só eu para pagar as contas e meu irmão (E9).

Não sei, vai dificultar nas despesas de casa mas pretendo arrumar um emprego (E10).

Estou esperando uma proposta de emprego (E11).

Os relatos explicitam que as mulheres reconhecem que o Programa Bolsa Família traz melhorias para a qualidade de vida de suas famílias, no entanto, há muitas lacunas a serem preenchidas para que o PBF funcione como deveria, pois, as beneficiadas não entendem que o mesmo deveria constituir-se como uma renda extra e não como fonte única do sustento familiar.

3.4 Participação de mulheres em projetos de empoderamento pelo o CRAS

Percebe-se através das falas das participantes da pesquisa que se trata de mulheres que apesar de correrem o risco de perder o benefício do Programa Bolsa Família (PBF), almejam uma maior autonomia através de qualificação profissional para assim aumentarem as chances de conseguir a inserção no mercado de trabalho. Ao serem questionadas sobre a oportunidade de terem feito algum tipo de curso através do PBF e o que esperam conseguir, além da renda com o programa, algumas relataram ter feito alguns cursos; enquanto outras não realizaram mas gostariam de fazer, como observado nas falas a seguir:

Espero conseguir um emprego, participar de mais programas sociais voltados para o jovens (E01).

Não, nenhum, a gente sempre procurava mas nunca vinha, disseram que os cursos que vinha era pra outras pessoas, nunca deu, assim [...] Pra pessoa se encaixar[...] Sim eu espero porque assim não vai ser pra toda vida a gente tem que procurar outro meio de vida.(E03).

Até agora nada, teve pra mamãe, mas pra mim até agora não [...]Que seja bom, que tenha os cursos também pra eu fazer (E04).

Por enquanto eu ainda não tenho uma renda boa, então só os cursos que espero para depois trabalhar, eu não queria está recebendo mas estou precisando muito, mas ai talvez depois dos cursos dê certo, eu consiga uma atividade remunerada (E05).

Além da renda, muitos benefícios porque os cursos são maravilhosos, é um meio de atualizar, a mãe tanto dentro de casa como fora, o que você aprender fora você traz pra dentro de casa, eu acho muito bom o programa bolsa família, não só pelo benefício que também ajuda muito, eu também fui até beneficiada na minha casa, eu ganhei minha própria casa pelo benefício do programa bolsa família eu consegui ganhar minha casa (E07).

Nessa perspectiva, foi discutido em torno da questão da oferta de cursos técnicos e profissionalizantes no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) pelo programa Bolsa Família. A partir dos relatos das participantes da pesquisa, apenas 3 delas falaram que fizeram algum curso por esse programa:

Sim sou formada em técnico em administração [...]Só o estágio que a gente fez mas está com pouco tempo que fizemos o curso(E01)

Tenho, fiz um técnico de enfermagem, era pelo PRONATEC mas eu não concluí, era cinco anos e eu fiz só dois anos, mas não deu pra continuar (E03)

Eu fiz de cabelo pelo PRONATEC (E04)

De acordo com as participantes que relataram ter feito o curso, estas souberam das atividades profissionalizantes pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), no entanto, algumas participantes que afirmaram não terem feito nenhum curso pelo PRONATEC falaram que não tiveram acesso a informações sobre a oferta de cursos para quem é beneficiária do PBF. Das participantes que cursaram, uma não concluiu mas falou que pretende voltar para terminar e, as outras, falaram que não tiveram a oportunidade ainda de exercer alguma atividade remunerada ligada ao curso que fizeram.

4 | DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados, observou-se pela as falas, no que concerne à saúde reprodutiva, que quase totalidade das mulheres não participavam das atividades do Programa Saúde da Mulher das UBS e em relação aos aspectos socioeconômicos, o tempo de beneficiamento variou de 4 meses a 15 anos, já o valor, oscilou entre R\$39,00 a R\$401,00 reais, relatando melhora na qualidade de vida e que o futuro sem

o PBF seria incerto.

Estudo realizado com os profissionais da Estratégia Saúde da Família nos municípios da região Nordeste do Brasil, no que tange o Programa Bolsa Família e a situação de vida das famílias beneficiadas, os entrevistados relatam mudanças favoráveis na vida das famílias vinculados ao programa. Dentre as mudanças relatadas estão a redução da pobreza e a melhoria da situação financeira (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014). Os achados desses estudos são compatíveis com os encontrados nessa pesquisa, podendo-se verificar nas falas de E3, E5, E7, E8 e E9.

Ainda em relação aos aspectos socioeconômicos, as duas entrevistadas que recebiam menos do programa (E1 e E10), foram as que verbalizaram que o dinheiro não ajuda tanto, configurando-se apenas como um complemento. Sendo, portanto, as condições valor recebido e mudanças que o PBF traz, diretamente proporcionais.

Programas de transferência de renda – como o Programa Bolsa Família em especial – nos quais as mulheres têm prioridade no cadastramento vêm tentando mudar as desigualdades em termos de distribuição de renda e poder familiar entre os cônjuges ou parceiros (DANTAS; NERI, 2013). Desta forma, o programa pode ser visto como uma política de longo prazo, que visa proporcionar aos beneficiários condições para a geração autônoma de renda no futuro.

No entanto, ao serem indagadas sobre programas de educação e geração de renda ligados ao Bolsa Família, a totalidade das mulheres referiu nunca ter participado. Apenas E10 referiu conhecer esses programas, mas quem participou foi sua filha. O motivo apontado por E4 por não participar dos cursos é que ao se dirigirem ao CRAS ora as vagas foram preenchidas ora o curso já tenha ocorrido.

Existe uma crença por parte da população de que a transferência do Programa Bolsa Família se constituiria num incremento de renda capaz de desestimular o trabalho e um aumento das taxas de fecundidade para os indivíduos beneficiários e este argumento tem sido utilizado como forma de crítica ao programa. No tocante ao aumento da fecundidade, não houve representatividade suficiente para confirmar a afirmação, haja visto que a média de filhos por mulher entrevistada foi de 1,2 filhos.

Já em relação a desestimular o trabalho, a partir das falas das participantes E1, E2, E4, E8, E10 e E11, vê-se que as mesmas não trabalham e tem no PBF a única fonte de renda para o suprimento das necessidades da família.

Corroborando com esse achado, um estudo afirma existir redução do trabalho em decorrência do recebimento de um benefício social, sendo vista como uma mudança de comportamento indesejável, uma vez que a família beneficiada se submeteria a um maior grau de dependência do benefício, reduzindo a renda proveniente do trabalho, e isto comprometeria a posterior saída desta família do rol de beneficiários (TAVARES, 2016).

A dependência das mulheres beneficiadas pôde ser evidenciada quando apenas E1, E3, E8 e E11 demonstram resposta relativamente positiva sobre o futuro sem o PBF, relatando que procurariam estudar e trabalhar, as demais entrevistadas mostraram

que o futuro sem o programa seria incerto e desestruturador.

Nesse sentido, a partir dos relatos percebe-se que as mulheres estão buscando sua autonomia e empoderamento, no momento em que expressam essa vontade de qualificação profissional e de conseguir uma atividade remunerada, mostram que estão tentando se desvincular de serem exclusivas do ambiente familiar privado, querem ir para o público, querem ser vistas como capacitadas a colaborar de forma ativa dentro da sociedade. O empoderamento feminino aparece como um grande desafio, sobretudo das relações patriarcais e o poder dominante (quase sempre masculino), tão presentes em nossa sociedade e dentro da família (MOREIRA *et al*, 2013).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que as beneficiárias do programa Bolsa Família são mulheres com perfil sociodemográfico comum às mulheres em situação de vulnerabilidades, com um baixo grau de escolaridade, renda familiar em torno de um salário mínimo ou menos, com filhos e desempregadas. Elas possuem ainda pouca participação em programas de empoderamento sócioeconômico, apesar de mostrarem interesse em se qualificarem para conseguirem serem inseridas no mercado de trabalho.

No que diz respeito aos aspectos relacionados a saúde reprodutiva, a soma maioria das mulheres não participam do Programa de Saúde da Mulher. Enquanto aos aspectos socioeconômicos o tempo de beneficiamento variou de 4 meses a 15 anos, com o valor oscilando entre R\$39,00 a R\$401,00 reais, no qual foi relatado melhora na qualidade de vida, no entanto, o futuro sem o PBF seria incerto.

Tendo em vista a crescente preocupação com a temática, torna-se necessário estudos mais aprofundados e a discussão sobre o assunto nas diversas áreas da saúde, para a melhoria do programa. Esse aspecto pode contribuir para que essa mulher consiga se empoderar socialmente, uma vez que ela pode reconhecer suas necessidades e direitos e, sobretudo, buscar representatividade na sociedade, participando mais da vida pública, tendo conhecimento de questões políticas e tendo mais voz além do ambiente privado e familiar.

REFERENCIAS

ALVES, H.; ESCOREL, S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Publica*, Washington, v. 34, n. 6, p. 429–436, dez. 2013.

BARBOSA, N. M. U. et al. Programa bolsa família: a condicionante saúde realmente existe? *Revista Brasileira Promoção Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 435-436, dez. 2014.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 2004.

CARVALHO, A. T.; ALMEIDA, E. R.; JAIME, P. C. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.23, n.4, p.1370-1382, dez. 2014.

DANTAS, Carlos; NERI, Eveline. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. *Revista Gênero & Direito*, v. 2, n. 1, 2013.

GODEIRO, A. L. S. *et al.* Participação no acompanhamento da criança: Como está a adesão dos cuidadores?. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 16, n. 2, p. 146-150, jun. 2013.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME [MDS]. Orientações para o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, DF, Brasil, 2006.

MORAES, V. D. A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: relações intergovernamentais e intersetoriais. 2015. 175 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MOREIRA, N. C *et al.* Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa família na percepção dos Agentes dos Centros de Referência da Assistência Social-CRAS. *RAP- Rio de Janeiro* 46(2): 403-23, 2013.

SHEI, A. *et al.* O impacto do Programa de Transferência Condicionada de Dinheiro do Bolsa Família sobre a utilização dos cuidados de saúde e os resultados de saúde das crianças. *BMC International Health & Human Rights*, Londres, v. 14, n. 10, abr. 2014.

TAVARES, Priscilla Albuquerque. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. *Anais*, p. 1-21, 2016.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcelane Macêdo dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Amanda Karoliny Meneses Resende

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Weldania Maria Rodrigues de Sousa

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Vitor Kauê de Melo Alves

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Flavia dos Santos Soares Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Iara Lima de Andrade Ferreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí;

Ana Karolina Belfort de Sousa

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Tatiana Maria Banguin Araújo Oliveira

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Shane Layra Araujo dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

Mara Denize do vale Gomes

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade

Uninassau Aliança-UNINASSAU, Teresina, Piauí;

RESUMO: INTRODUÇÃO: A paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva constitui um conjunto de lesões que atingem o encéfalo em sua fase de maturação. A assistência de crianças com paralisia cerebral requer a organização de equipes multiprofissionais a fim de reduzir as implicações no desenvolvimento global. O enfermeiro pode contribuir para a evolução de suas habilidades e inclusão social. OBJETIVO: Relatar a experiência sobre os cuidados de enfermagem a crianças com paralisia cerebral, em um centro de educação infantil de Teresina, Piauí. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a prática vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante estágio voluntário em um centro de educação infantil localizado na zona sul de Teresina, Piauí. O cuidado de enfermagem voltou-se ao acompanhamento de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral, todas matriculadas na instituição e da mesma série. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A vivência teve seu conteúdo organizado e relatado em três categorias temáticas: Cuidados de enfermagem à criança com paralisia cerebral; A abordagem de atividades lúdicas na rotina da criança portadora de paralisia cerebral; Limitações físicas e

dificuldades no ambiente escolar da criança com paralisia cerebral. **CONCLUSÃO:** Constatou-se que a escola conta com uma equipe multiprofissional capacitada, mas que carece de treinamento e informações para lidar com as necessidades especiais. O objetivo inicial do estágio em realizar uma assistência de enfermagem holística respeitando as individualidades do sujeito foi atingido. A experiência destacou a necessidade de promover a capacitação de profissionais na área em busca da melhoria do cuidado prestado.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia Cerebral, Criança, Cuidados de Enfermagem, Crianças com deficiência, Pessoas com deficiência.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Cerebral palsy or chronic non-progressive encephalopathy is a group of lesions that reach the brain in its maturation phase. The care of children with cerebral palsy requires the organization of multiprofessional teams in order to reduce the implications for overall development. Nurses can contribute to the evolution of their abilities and social inclusion. OBJECTIVE: To report the experience about nursing care to children with cerebral palsy at a kindergarten in Teresina, Piauí. METHODOLOGY: This is a descriptive, experience-based study that addresses the practice experienced by nursing academics during an voluntary internship at a kindergarten center located in the southern area of Teresina, Piauí. Nursing care turned to the follow-up of children diagnosed with cerebral palsy, all enrolled in the institution and in the same series. RESULTS AND DISCUSSION: The experience had its content organized and reported in three thematic categories: Nursing care for the child with cerebral palsy; The approach of playful activities in the routine of children with cerebral palsy; Physical limitations and difficulties in the school environment of the child with cerebral palsy. CONCLUSION: It was found that the school has a trained multiprofessional team, but it lacks training and information to deal with special needs. The initial goal of the internship in performing a holistic nursing care respecting the individualities of the subject was reached. The experience highlighted the need to promote the training of professionals in the area in order to improve the care provided. **KEYWORDS:** Cerebral Palsy, Child, Nursing Care, Children with Disabilities, People with Disabilities.

1 | INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva constitui um conjunto de lesões que atingem o encéfalo em sua fase de maturação (ROCHA; BOEHS; SILVA, 2015). De causa multifatorial e muitas vezes desconhecida, pode comprometer várias áreas do cérebro da criança ou adolescente, podendo se manifestar no período pré, peri ou pós-natal. No primeiro caso, a paralisia cerebral está relacionada principalmente às condições como anóxia, etilismo, uso de narcóticos, infecções maternas ou fetais, tabagismo materno e exposição a radiações. Já nos perinatais, está associada à asfixia, traumas e uso de fórceps no parto. Enquanto que nos pós-natais está relacionada às

meningoencefalites bacterianas, problemas vasculares, icterícia neonatal não tratada e traumatismos crânio-encefálico (FREITAG et al., 2018).

Muitas vezes, o diagnóstico é realizado tardiamente, somente quando a criança começa a apresentar retardo no desenvolvimento motor, permanência de reflexos primitivos ou hábitos e reações posturais anormais. Esse atraso compromete o acompanhamento da criança e sua família, prejudicando assim, sua reabilitação e qualidade de vida. Outro aspecto que pode interferir negativamente na sua evolução clínica, refere-se ao estigma atribuído à criança com paralisia cerebral, podendo resultar em desconforto e isolamento social da mesma e de sua família (BUSSOTTI; PEDREIRA, 2013).

Nesse sentido, as doenças crônicas podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, podendo limitá-los funcionalmente a ponto de provocar degradação gradual da saúde. (SANTOS; MARQUES; SOUZA, 2017). As crianças acometidas por paralisia cerebral podem manifestar alterações de tônus e de sensibilidade, fraqueza, dificuldades no controle muscular, limitação da amplitude de movimento, e dificuldades cognitivas. À proporção que a criança vai crescendo, as dificuldades ficam mais perceptíveis. Assim, dependendo da gravidade da paralisia cerebral, o cuidado é contínuo ao longo da vida, podendo se tornar excessivos e intermináveis (ROCHA; BOEHS; SILVA, 2015).

Desse modo, a paralisia cerebral constitui-se como uma condição crônica, com prevalência em cerca de 3,6 casos em 1000 crianças em idade escolar e que demanda, então uma rotina de cuidados oferecidos pela família. É necessário ressaltar que tais cuidados devem superar a dimensão biológica da patologia, uma vez que requer também a compreensão dos sentidos e significados dados pela criança e família ao longo da sua vida (SANDOR et al., 2014).

A inclusão social busca integrar as pessoas na sociedade, o que não aceita preconceito, barreiras culturais, sociais ou comportamentais. No ambiente educacional, a inclusão considera as individualidades de cada criança, destacando a necessidade de acolhê-la, para assim permitir oportunidades educacionais, além de considerar também suas limitações e estimular suas possibilidades (BENTO et al., 2015).

Para tanto, a assistência de crianças com paralisia cerebral requer a organização de equipes multiprofissionais a fim de reduzir as implicações da doença no desenvolvimento global. A enfermagem promove o acolhimento, conforto e bem estar dos pacientes e família, fazendo do cuidado a essência e especificidade da sua profissão. Logo, o profissional enfermeiro pode contribuir para a evolução de suas habilidades e inclusão social dos mesmos (CESTARI et al., 2013). Por isso o estudo torna-se relevante, por abordar a atuação da enfermagem acerca das necessidades de cuidado da criança com paralisia cerebral incluída no ambiente escolar.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência sobre os cuidados de enfermagem a crianças com paralisia cerebral, em um centro de educação infantil de Teresina, Piauí.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a prática vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante estágio voluntário, iniciado em fevereiro de 2018. O estágio foi realizado em um centro de educação infantil localizado na zona sul da cidade de Teresina, Piauí. Os encontros ocorreram diariamente no turno da tarde, no horário entre 13:00 às 17:20 horas. A experiência motivou atenção para o cuidado de enfermagem acerca da paralisia cerebral e interesse para a produção científica.

Para atender a demanda de crianças com paralisia cerebral matriculadas na escola e considerando as dificuldades na rotina escolar, a instituição programou um projeto de estágio. Ele foi composto por profissionais da área da saúde para assim, oferecer suporte ao ensino dessas crianças.

O cuidado de enfermagem voltou-se ao acompanhamento de um grupo de crianças diagnosticadas com paralisia cerebral, todas matriculadas na instituição e da mesma classe (alfabetização). As mesmas apresentavam comprometimento motor e cognitivo, como por exemplo, problemas na fala, alteração do tônus muscular, limitação da amplitude do movimento e dificuldades na marcha, o que demanda apoio contínuo e suporte profissional capacitado.

O projeto teve como objetivo realizar o acompanhamento escolar dessas crianças, oferecendo suporte às limitações específicas da condição e considerar o sujeito holisticamente, respeitando suas individualidades. Para tanto, aliou-se a equipe escolar ao cuidado do grupo de estagiários, que planejaram juntos e previamente as ações a serem realizadas.

O presente estudo levou em consideração os preceitos legais da resolução nº466/2012 do Código de Ética em Enfermagem e a resolução nº 311/2007. Ao tratar-se de um relato de experiência, não se torna necessária a certificação pelo Comitê de Ética em Seres Humanos (CEP).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de estagiários buscou executar os objetivos do projeto, realizando assistência de enfermagem acerca das necessidades especiais das crianças na rotina escolar. Além de considerar a criança portadora de paralisia cerebral como um ser humano que também é dotado de necessidade de inclusão social.

Para melhor compreensão, a vivência teve seu conteúdo organizado e relatado

em três categorias temáticas: Cuidados de enfermagem à criança com paralisia cerebral; A abordagem de atividades lúdicas na rotina da criança portadora de paralisia cerebral; Limitações físicas e dificuldades no ambiente escolar da criança com paralisia cerebral.

Cuidados de enfermagem à criança com paralisia cerebral

A princípio, os estagiários de enfermagem tiveram contato com a equipe da escola. Na ocasião, o corpo docente e o plano de curso de cada série foram apresentados e os principais problemas enfrentados na rotina escolar das crianças também foram relatados, voltou-se a atenção à classe das crianças com paralisia cerebral.

No discurso dos professores, chamou atenção a falta de informação sobre a síndrome, além da sensação de impotência diante das necessidades especiais das crianças com paralisia cerebral, destacando assim, a carência de profissionais especialistas na área para dar suporte na rotina escolar. Em seguida, houve o reconhecimento da estrutura física da instituição, constatando-se, de imediato, os problemas existentes.

A inserção do cuidador na rede regular de ensino permite a participação na rotina escolar de alunos com limitações de comunicação, intelectuais, cognitivas, mobilidade, locomoção e demais dificuldades. Isso requer a formação de profissionais voltados para a assistência de crianças com deficiência física na escola, buscando além de melhorar as habilidades da criança, integrar sua participação em atividades escolares (ROCHA; DESIDÉRIO; MASSARO, 2018).

A inclusão do grupo de estagiários na rotina escolar ocorreu de forma gradual, com o objetivo de preservar a naturalidade do contato. Desse modo, os primeiros encontros ocorreram em situações estratégicas, durante o intervalo das aulas, momento em que as crianças experimentam maior descontração. A princípio, a presença do grupo causou curiosidade e alguma “desconfiança”, sobretudo nas crianças maiores, no entanto, as trocas dialógicas e extroversão dos cuidadores, logo permitiram que se estabelecesse uma relação de confiança.

Durante a rotina, a assistência incluiu o acompanhamento da criança em atividades gerais e foram observadas dificuldades na realização de tarefas simples (deambulação, manuseio de objetos e ingestão de alimento). Ofereceu-se assim, o suporte contínuo na execução dessas atividades e com o passar dos dias, tornava-se cada vez mais evidente o grau de dependência das crianças.

No estudo de Mourão e Araújo (2011), constituído pela avaliação de dez crianças com diagnóstico de paralisia cerebral com idade entre 2 a 7 anos os cuidadores também observaram déficit no desempenho de atividades diárias. Isso demonstrou maior necessidade de assistência do cuidador.

Algumas vezes, quando necessário, também foi realizado o banho. A assistência se estendeu a cuidados com as trocas de fraldas, momento em que era possível

avaliar a integridade da pele da criança por meio da inspeção. Além do suporte em atividades de autocuidado, realizou-se auxílio na mobilidade física e deslocamento pelas dependências da escola, como levar ao banheiro ou pátio.

É fundamental um tempo para que cuidadores reconheçam e se adaptem às demandas da criança com paralisia cerebral. Para tanto, torna-se necessário aliar o apoio conjunto da família e equipe de saúde, a fim de enfrentar juntas as dificuldades decorrentes nas relações familiares (ICHIKAWA; OSHIRO; MARCON, 2016).

Nesse sentido, o grupo aplicou atividades de educação em saúde voltada para a família das crianças e profissionais da instituição. Foram realizados, então dois encontros mediados por aula expositiva dialogada, em que foram abordadas dúvidas quanto à paralisia cerebral e cuidados diários. O público-alvo esclareceu suas dúvidas e mostrou assimilar os conhecimentos repassados.

Quanto às principais dificuldades enfrentadas na vivência, o grupo de estágio apontou a falta de habilidade e ansiedade para lidar com crianças acometidas pela condição (principalmente nos primeiros dias), já que nas atividades curriculares ainda não haviam se deparado com a oportunidade de oferecer esse tipo de assistência. Isso pôde evidenciar a carência de uma formação voltada para condições de cronicidade.

Vale ressaltar que a formação profissional e sua base começam ainda durante a graduação, portanto, a enfermagem deve capacitar os futuros profissionais da área voltando-se para as novas demandas. Dessa forma, o seu ensino deve acompanhar o ritmo mundial, as novas áreas de trabalho e as necessidades da população (ALBUQUERQUE LEÃO et al., 2009).

A abordagem de atividades lúdicas na rotina da criança portadora de paralisia cerebral

A abordagem do desenvolvimento cognitivo se deu mediante a supervisão das atividades escolares. As crianças foram acompanhadas na resolução de exercícios especiais elaborados pelos professores, onde o ritmo de aprendizado foi focado. Observou-se, que muitas vezes as crianças com paralisia cerebral apresentavam um rendimento insatisfatório, o que exigia maior disponibilidade e atenção dos professores. Inferiu-se, então, que as alterações presentes e comuns da condição como comprometimento motor e da fala interferiam no ritmo de aprendizado.

Aproximadamente metade das crianças com paralisia cerebral apresenta pelo menos alguma alteração oro motora que prejudica a fala. Sabe-se que as lesões cerebrais podem provocar diferentes graus de limitações na capacidade de produção oral, simbólica, lingüísticas ou gerar alterações cognitivas e sensoriais. Essas limitações de comunicação resultantes da condição interferem nas relações de socialização da criança (BALTOR; BORGES; DUPAS, 2014).

Outro problema foi identificado durante a realização das dinâmicas de grupo (em sala de aula ou nos intervalos). Na ocasião, as crianças com paralisia cerebral demonstraram dificuldade de interagir com as demais, o que tornou perceptível a

segregação do grupo. Percebeu-se ainda que a escolha de brincadeiras agitadas como correr e pular pela maioria das crianças foi fator que contribuiu para limitar essa interação.

O estigma que cerca a paralisia cerebral leva as pessoas acometidas pela condição a serem consideradas vulneráveis e incapazes de autonomia. Além disso, sua capacidade de comunicação torna-se subestimada às dificuldades impostas, justificando o freqüente isolamento e solidão de indivíduos com deficiências. No entanto, a comunicação é uma importante estratégia de reduzir esse sentimento (BALTOR; BORGES; DUPAS, 2014).

Visando promover melhorias no aprendizado e nas relações interpessoais, durante a vivência, a importância da inclusão social foi abordada, com a abordagem de atividades grupais como brinquedos e pintura. Para as práticas, foram selecionados preferencialmente jogos que estimulam o raciocínio lógico como “quebra-cabeça”, dominó, “brincadeira da memória”, além de desenhos para colorir.

Como estratégia motivadora, gincanas com brindes fizeram parte dos encontros. Com a inclusão das dinâmicas ao longo da rotina, foi possível verificar progressos mínimos, como a melhoria nos movimentos e habilidades manuais da criança. Para Dias et al. (2010) o progresso da função motora também resulta das vivências que a criança mantém com o meio em que está inserida, família e necessidades impostas pelas atividades diárias.

É fundamental abordar, que as crianças com deficiência física assim como as demais crianças, também são dotadas de elementos do comportamento lúdico, como curiosidade, gosto pelo prazer e iniciativa. À vista disso, torna-se fundamental a utilização da atividade lúdica no contexto escolar, uma vez que o brincar proporciona sensações e emoções necessárias ao crescimento do aluno e contribui para formação de sua personalidade. Desta maneira, deve-se incluir a brincadeira (que já faz parte do desenvolvimento da criança) na Educação Infantil visando melhorar o processo de aprendizagem (ROCHA; DESIDÉRIO; MASSARO, 2018).

Limitações físicas e dificuldades na rotina escolar da criança com paralisia cerebral

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência realizada no ano de 2007 no Brasil admite a importância da acessibilidade para o país e considera também a urgência de assegurá-la aos portadores de necessidades especiais, para assim, poder garantir independência e participação nos variados contextos socioculturais. Desde sua realização, estados e municípios consideraram eliminar as dificuldades físicas de ambientes internos e externos e que limitam o acesso aos espaços públicos, como transportes, rodovias, edificações e escolas (SOARES et al., 2015).

No entanto, a escola referida apresentou problemas na estrutura física, onde alguns critérios mínimos de acessibilidade não foram seguidos, podendo-se constatar falta de salas de aula e banheiros adaptados. Verificaram-se também a ausência de corrimão fixado nos corredores, pias mal projetadas (altura não compatível às

crianças), carteiras da sala de aula sem apoio adequado. O piso do pátio não era antiderrapante e embora houvesse rampas de acessibilidade na entrada, em alguns pontos importantes, elas não constavam (como na entrada das salas).

Enquanto isso, o estudo de Castro et al. (2018) realizado com 14 escolas estaduais de Minas Gerais, apontou que a maioria das escolas possuía rampa na entrada da instituição e metade apresentava vaso sanitário adaptado, barras de segurança e acesso com corrimãos.

Na vivência, pôde-se observar que tais limitações influenciam diretamente na rotina tanto das crianças, quanto das famílias. Na chegada dos alunos à escola, era possível testemunhar as dificuldades que os pais enfrentavam devido aos problemas da estrutura física. Alguns episódios chamaram atenção, como o esforço que os pais exerciam para ajudar as crianças na subida das salas, evidenciando mais uma vez os problemas de acessibilidade.

Os meios de transporte público e as rotas não se adequam às necessidades e limitações dos portadores de necessidades especiais, com isso as barreiras relacionadas à locomoção aumentam à proporção que a criança cresce (BALTOR; DUPAS, 2013).

A falta de preparo da estrutura física também se tornou uma dificuldade para a dinâmica dos estagiários, demandando mais atenção no cuidado às crianças. Para abordar o problema e chamar atenção ao assunto, o grupo realizou a produção de placas de aviso e fixou nos pontos considerados de risco, além de organizarem uma palestra com as crianças, a fim de alertá-las quanto aos perigos. Os alunos e professores foram receptivos com a ação e dentre as temáticas abordadas no encontro, os direitos de cidadania ganharam destaque.

A acessibilidade está estreitamente relacionada às demandas da atividade, por meio da adaptação das características espaciais e das ações necessárias ao efetivo desempenho e participação escolar. No Brasil, diversas leis e decretos regulamentam o direito de crianças com necessidades especiais serem incluídas na escola regular. Destaca-se que a acessibilidade dos espaços escolares torna-se primordial para a inclusão escolar de crianças, em especial as que apresentam limitações de mobilidade, já que a integração dessas crianças às escolas está ligada à sua interação dinâmica e recíproca com o ambiente (ALMEIDA et al., 2015).

5 | CONCLUSÃO

Quanto às contribuições da vivência, os estagiários apontaram vantagens em adquirir prática e habilidades na assistência a problemas neurológicos. Além disso, o grupo destacou a importância de vivenciar experiências inéditas, como poder prestar a assistência de enfermagem fora do ambiente hospitalar e oportunidade de trocar conhecimentos com outras áreas. Constatou-se que a escola conta

com uma equipe multiprofissional capacitada, mas que ainda carece de treinamento e informações para lidar com as necessidades especiais das crianças. Quanto à estrutura física, ela não segue alguns critérios de acessibilidade, como salas de aula e banheiros adaptados, implicando em dificuldades na rotina das crianças, família e toda a equipe da instituição.

O objetivo inicial do estágio em realizar uma assistência de enfermagem holística respeitando as individualidades do sujeito foi atingido. A experiência destacou também a necessidade de promover a inclusão social dos portadores de necessidades especiais, além da capacitação de profissionais na área em busca da melhoria do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE LEÃO, A. C. et al. **La formación Del enfermero para La asistencia a portadores de necesidades especiales, com parálisis cerebral, sometidos a atención domiciliaria.** Eglobal [Internet], v.8, n.2, jun 2009. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/66361>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

ALMEIDA, K. M. et al. **O espaço físico como barreira à inclusão escolar.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 75-84, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/956/588>> Acesso em: 07 fev. 2019.

BALTOR, M. R. R.; BORGES, A. A.; DUPAS, G. **Interação com a criança com paralisia cerebral: comunicação e estigma.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.47-53, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2019.

BALTOR, M. R. R.; DUPAS, G. **Experiências de famílias de crianças com paralisia cerebral em contexto de vulnerabilidade social.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul/ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0956.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

BENTO, T. S. et al. **Desafios para a inclusão da criança com deficiência na escola.** Enfermagem em Foco, v.6, n.1/4, p. 36-40, abr. 2015. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/574/256>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

BUSSOTTI, E. A.; PEDREIRA, M. L. G. **Dor em crianças com paralisia cerebral e implicações na prática e pesquisa em enfermagem: revisão integrativa.** Rev. dor, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 142-146, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2019.

CASTRO, G. G. et al. **Inclusão de alunos com deficiências em escolas da rede estadual: um estudo sobre acessibilidade e adaptações estruturais.** Revista Educação Especial, Santa Maria, v. 31, n. 60, p. 93-106, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/13590>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

CESTARI, V. R. F. et al. **Evidências científicas acerca da paralisia cerebral infantil.** Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 4, out./dez. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34939>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

DIAS, A. C. B. et al. **Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar.** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.17, n.3, p.225-9, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n3/07.pdf>>. Acesso em 07 fev. 2019.

FREITAG, V. L. et al. **Rede de apoio social à mãe de criança/adolescente com paralisia cerebral.** Revista Espaço Ciência & Saúde, Cruz Alta, v. 6, n. 2, p. 12-23, dez.2018. Disponível em: <<http://200.19.0.178/index.php/enfermagem/article/view/8047>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

ICHIKAWA, C. R. F.; OSHIRO, P.; MARCON. S.S. **Sentimentos dos profissionais de enfermagem frente ao abandono familiar de pacientes com paralisia cerebral.** Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 10, n.5, p.1789-95, maio 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MOURÃO, L. M. C.; ARAÚJO, A. **Capacidade do autocuidado de crianças com paralisia cerebral atendidas em um centro de referência.** R. Enferm. Cent. O. Min., v.1, n.3, p. 368-376, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/110>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

ROCHA, A. N. D. C.; DESIDÉRIO, S. V.; MASSARO, M. Avaliação da Acessibilidade do Parque Durante o Brincar de Crianças com Paralisia Cerebral na Escola. **Rev. bras. educ. espec.**, Bauru, v. 24, n. 1, p. 73-88, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382018000100073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2019.

ROCHA, P. F. A.; BOHELIS, A. E.; SILVA, A. M. F. **Rotinas de cuidados das famílias de crianças com paralisia cerebral.** Rev Enferm UFSM, v. 5, n. 4, p. 650-660, out./dez. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15685>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SANDOR, E. R. S. et al. **Demanda de apoio social pela família da criança com paralisia cerebral.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]., v. 16, n. 2, p. 417-25, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21112>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SANTOS, K. H.; MARQUES, D.; SOUZA, A. C. **CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CEREBRAL PALSY: ANALYSIS OF CARE LONGETUDINALITY.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 26, n. 2, e00530016, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200323&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SOARES, V. R. C. et al. **Avaliação da acessibilidade em escolas municipais de Uberaba, MG.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 63-73, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1232>>. Acesso em: 07 jun. 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM PNEUMONIA COMUNITÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco de Assis Viana dos Santos

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Emanuel Thomaz de Aquino Oliveira

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Janaina Maria dos santos Francisco de Paula

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Ana Livia Castelo Branco de Oliveira

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Girlene Ribeiro da Costa

Universidade Federal do Piauí, Curso Técnico em
Enfermagem
Floriano – Piauí

Gerlanne Vieira Rodrigues

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Rafaella Martins Freitas Rocha

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Alinny Frauany Martins da Costa

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem

Floriano – Piauí

Alice de Sousa Ventura

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

Pâmela Pereira Lima

Universidade Federal do Piauí, Curso
Bacharelado em Enfermagem
Floriano – Piauí

RESUMO: A assistência de enfermagem é uma importante tecnologia em saúde da comunidade, sendo meio terapêutico para patologias respiratórias comuns a população. Assim, o presente estudo visa refletir sobre os cuidados de enfermagem ao cliente com doença respiratória comunitária e propor a sistematização da assistência de enfermagem através da taxonomia da NANDA e NIC. Trata-se de um relato de experiência, que se propõe a descrever a ótica dos acadêmicos da disciplina de Semiologia e Semiotécnica para a Enfermagem, no tocante a prática da assistência de enfermagem, partindo da descrição da realidade vivenciada. Este estudo foi realizado, junto a um paciente com diagnóstico de pneumonia em um hospital regional de Floriano-Piauí. O estado clínico do paciente condiz com o encontrado na literatura: rebaixamento do nível de consciência, dispneia,

dor torácica, conforto e mobilidade reduzidos. Os principais diagnósticos elencados foram: padrão respiratório ineficaz, padrão de sono prejudicado, capacidade de transferência prejudicada, perfusão tissular periférica ineficaz. Dentre as intervenções: orientar mudança de decúbito, solicitar uma órtese para o auxílio, dentre outros. A conclusão do estudo aponta para a importância do pensamento clínico permeado pelo uso dos conhecimentos combinados das disciplinas da grade curricular, diante da assistência de enfermagem. Bem como para a elaboração do plano de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem; Pneumonia; Medidas Terapêuticas.

NURSING ASSISTANCE TO A PATIENT WITH COMMUNITY PNEUMONIA: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Nursing care is an important technology in community health, being the therapeutic means for respiratory pathologies common to a population. Thus, the present study aimed to provide nursing care to the client with respiratory function and provided nursing care through NANDA and NIC taxonomy. This is an experience report, which presents a descriptive about the physicians theory of the discipline of Semiology and Semitechnical for a Nursing, regarding nursing care, with a description of the reality experienced. This study was performed together with a pneumonia physician at a regional hospital in Floriano-Piauí. The clinical status of the patient is in accordance with the literature: lowering of consciousness, dyspnea, chest pain, reduced comfort and mobility. The main diagnoses were: ineffective respiratory pattern, impaired sleep pattern, preconfigured download capacity, ineffective peripheral tissue perfusion. The orientation sessions: guidelines are decubitus, for a social assistance, among others. The evaluation of the thematic curriculum through the use of combined knowledge of the disciplines of the curricular discipline, of nursing care. As well as for the extent of the care plan.

KEYWORDS: Nursing Care; Pneumonia; Therapeutic Measures.

1 | INTRODUÇÃO

A Enfermagem vem ganhando espaço na comunidade científica a partir da utilização de ferramentas para a sistematização do cuidado e elaboração do pensamento clínico. Esta prática resulta em contribuições valiosas a terapêutica de doenças com altos índices de prevalência entre brasileiros, como as doenças respiratórias (BRASIL, 2017, CORRÊA, *et al.*, 2009).

Dentre os contextos de adoecimento estão as Pneumonias, que são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa do parênquima pulmonar, causadas por vírus, bactérias ou fungos. Com o diagnóstico baseado na presença de tosse e um ou mais dos seguintes sintomas: expectoração, dispneia, e dor torácica, (sintomas de doença aguda do trato respiratório inferior), além de achados focais no exame físico do tórax e manifestações sistêmicas como confusão, cefaleia, sudorese, calafrios,

mialgias e hipertermia. A febre é uma manifestação comum, porém pode estar ausente nos indivíduos idosos (BARTLETT, MUNDY, 1995; CORRÊA, 2009, COSTA, *et al.*, 1998, SCWARTZMANN, *et al.*, 2010).

A pneumonia corresponde a maior causa de mortalidade no Brasil dentre as doenças respiratórias e excluindo-se as causas externas, ocupa o 4º lugar na mortalidade geral. Com uma estimativa de incidência mundial em 12 casos por 1000 habitantes/ano (SCWARTZMANN, *et al.*, 2010, PEREIRA, *et al.*, 2004). A doença pode ser dividida em: pneumonia da comunidade (PAC) e pneumonia hospitalar. Pneumonia adquirida na comunidade é aquela que acomete o paciente fora do ambiente hospitalar ou que surge nas primeiras 48h da internação hospitalar e Pneumonia hospitalar é definida como a pneumonia que ocorre em até 15 dias após a alta hospitalar ou após 48 horas de uma internação hospitalar (BRASIL, 2017, SCWARTZMANN, *et al.*, 2010).

Diante de quadros clínicos de pacientes com distúrbios do sistema respiratório, em especial as pneumonias, o enfermeiro, independente da sua especialidade, deve estar preparado para identificar sinais e sintomas, bem como implementar o plano terapêutico de cuidados (SMELTZER; BARE, 2012). Desse modo, o Diagnóstico de Enfermagem é parte integrante do processo de trabalho deste profissional, pois possibilita o levantamento dos problemas, subsidia a prescrição dos cuidados adequados, o que resulta em melhora na

qualidade da assistência (NANDA, 2015). Neste processo, os cuidados são direcionados e realizados de forma sistemática e individualizados.

Diante desta necessidade, o estudo tem como objetivos: refletir sobre a assistência de Enfermagem prestada a um cliente com doença respiratória, embasado pela disciplina de Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem na execução da atividade hospitalar; descrever uma proposta de sistematização da assistência de enfermagem por taxonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) e NIC (*Nursing Intervention Classification*).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. É uma modalidade de estudo que permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas de episódios da vida real, como ciclos de vida individuais e processos organizacionais (YIN, 2005).

O estudo foi realizado em um hospital regional de médio-porte, localizado na região sul do Piauí. Trata-se de uma unidade hospitalar gerida com recurso estadual, possui atendimento de média e alta complexidade, com enfermarias de especialidades clínicas, cirúrgica, obstetrícia, pediátrica, psiquiátrica e Unidade de Terapia Intensiva para adultos (SILVA, 2016).

Os dados foram coletados de 20 a 28 de Junho de 2017 durante o rodízio de atividade prática no momento da internação do paciente. Este foi escolhido

aleatoriamente e acompanhado durante os dias subsequentes para a realização da sistematização da assistência de enfermagem. Para coleta dos dados foi realizada uma entrevista semiestruturada subsidiada pelo Instrumento de coleta de dados elaborado pelos monitores e professores da disciplina Semiologia e Semiotécnica para enfermagem, o qual portava itens relacionados a história clínica e atual da doença, bem como processo de enfermagem. Também foi realizada consulta ao prontuário da cliente (resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização).

Para efetivar a coleta de dados foram realizadas as seguintes etapas: (1) levantamento de dados através da entrevista face a face; (2) planejamento das ações de enfermagem através do sistema de apoio-educação; execução e avaliação das ações de enfermagem; (3) análise das informações coletadas. Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco determinados pela taxonomia NANDA-I. Este processo resultou nas propostas das intervenções de Enfermagem e posterior implementação das mesmas, analisando, durante todo o estudo, e a adesão do cliente às recomendações (NANDA, 2015).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sr. O. S. M., 85 anos, do sexo masculino, católico, de cor parda, casado, natural da região Nordeste do Brasil, estado do Piauí, é diabético e hipertenso, lavrador em sua propriedade rural, estudou até o 4º ano do ensino fundamental, sua renda é de um salário mínimo, aposentado, chegou acompanhado pela filha, admitido no dia 18/06/2017 com hipótese diagnóstica médica de Pneumonia Comunitária.

Na anamnese queixava-se de dor intensa na região anterior do tórax, sendo esse o principal motivo de busca ao serviço de assistência à saúde, não concilia bem o sono e repouso, porque a dor aumenta em decúbito dorsal e torna-se mais suportável quando adota a posição sentada “SIC”.

O estudo das informações contidas no prontuário do paciente, revelou informações sobre o início dos sintomas clínicos há mais de 4 dias anteriores a internação e que o mesmo vivia em ambiente com higienização escassa, bem como referiu episódios gripais recorrentes maltratados. O paciente apresentava hábito alimentar pouco saudável, com o consumo de poucos produtos naturais, bem como foi tabagista por 30 anos, com abandono do hábito aos 60 anos.

Na primeira visita, realizou-se o exame físico com os seguintes achados: estado geral regular; rebaixamento do nível de consciência, acamado e dependente da enfermagem, apresentava dispneia, em uso de oxigenoterapia por máscara de Venturi a 50%. No exame da cabeça e pescoço foi identificada uma depressão no crânio na região frontal direito, ocasionada por uma cirurgia devido a um acidente vascular encefálico (AVE) prévio, acuidade visual diminuída bilateralmente, antecedentes de

cirurgia por catarata, sendo identificada presença de arco senil. O tórax em forma de barril, tinha a expansibilidade pulmonar diminuída em ambos hemitórax (AHT) (do ápice para a base), frêmito toracovocal aumentado, murmúrio vesicular (MV) diminuído em AHT, respiração toracoabdominal, taquipneico. Ao Exame Cardíaco apresentava ritmo cardíaco irregular (RCI), bulha normofonética (BNF) em 2 tempo sem sopros. Dieta oral hipossódica e hipoglicídica com aceitação completa por via oral, abdome globoso, evacuações presentes com coloração escura, diurese espontânea (em fralda). Acesso venoso periférico por jelco em membro superior direito MSD viabilizando SF 0,9% 500ml. Ao término do exame foram registrados os sinais vitais: Temperatura axilar: 36,7°; Pulso: 80 bpm; Frequência Respiratória: 48 irpm; Pressão Arterial: 140/80 mmHg.

Em uma segunda visita ao paciente, foram realizados os mesmos procedimentos relatados na primeira visita. Relacionado ao exame físico geral, o paciente não fazia mais uso de oxigenoterapia, seus níveis de consciência estavam normais, conseguia deambular com auxílio, a dor na região anterior do tórax persistia, foi realizado a troca de acesso venoso periférico do MSD para o MSE, havia edema doloroso no dorso da mão do MSD (Flebite), além de edema dos linfonodos na região supraclavicular D, acesso venoso periférico por jelco n.20 salinizado em MSE, edema em MMII na região dos pés. Sobre os sinais vitais, houve melhora da frequência respiratória e da frequência do pulso.

Na avaliação percebemos a ansiedade do paciente, quanto a estadia no hospital, a dificuldade para dormir e sua incapacidade de locomover-se sozinho, porém, o motivo verbalizado é de que após a saída do hospital não poderia mais desempenhar seu trabalho na propriedade rural.

Durante as visitas, dentre as necessidades psicobiológicas afetadas, ressaltamos as alterações referentes às atividades físicas, uma vez que o cliente se encontra limitado ao leito, devido a presença de dor na região anterior do tórax; mobilidade reduzida devido ao AVE, alterações na marcha; tendo prescrições direcionadas ao tratamento da PAC. No tocante às necessidades psicossociais o cliente apresenta expressão verbal espontânea e responsivo à terapêutica implementada.

Baseado nos dados coletados, bem como nas evoluções realizadas, foram elencados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem (DE) NANDA, e Intervenções de Enfermagem (IE) NIC (NANDA, 2015), Quadro 1:

DIAGNÓSTICOS NANDA	INTERVENÇÕES NIC
Padrão de sono prejudicado relacionado a Interrupções da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos evidenciado por relato verbal de mudança no padrão normal de sono.	Orientar mudanças de decúbito em intervalos regulares para que proporcione melhor conforto corporal.

Capacidade de transferência prejudicada relacionada ao prejuízo neuromuscular decorrente do AVE, evidenciado por capacidade prejudicada na mudança de decúbitos e/ou posições.	Realizar e orientar o acompanhante a oferecer apoio nas transferências e deambulação.
	Solicitar uma órtese para o auxiliar nas transferências e deambulações.
Padrão respiratório ineficaz relacionado a inspiração e expiração que não proporciona ventilação adequada, evidenciado por alteração na profundidade respiratória, capacidade vital diminuída e dispneia, relacionado a número elevado de incursões respiratórias por minutos.	Orientar mudança de decúbito, para <i>fowler</i> ou posição sentada.
	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração.
Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada a diabetes mellitus, imobilidade, e hipertensão, evidenciada por edema e função motora alterada.	Orientar a elevar os membros e alternar os decúbitos pela posição sentada.
	Manter membros aquecidos e higienizados para reduzir risco de lesões.
Risco de função cardiovascular prejudicada relacionada ao diabetes melito, Hipertensão arterial e a Idade.	Orientar quanto a adesão de uma dieta hipossódica e hipoglicídica e a realizar uma ingestão adequada de líquidos.
	Controlar volume de líquidos ganhos.
Risco de trauma relacionado a fatores internos como equilíbrio prejudicado e Redução na coordenação muscular.	Solicitar órtese para auxílio na deambulação.
	Ajudar o paciente a receber todos os cuidados necessários.

Quadro 1. Plano terapêutico a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com pneumonia comunitária. Florianópolis, PI, Brasil, 2017.

Fonte: elaborado pelos pesquisadores

As intervenções implantadas, foram baseadas nas necessidades afetadas do paciente, diante do padrão de sono prejudicado e do padrão respiratório ineficaz. A promoção do repouso e conservação de energia são essenciais, desta forma, foi incentivado a mudança de decúbito em intervalos regulares, visto que este paciente deve assumir uma posição confortável para promover o repouso, a respiração, além de estimular a remoção das secreções e a ventilação e perfusão dos pulmões (SMELTZER; BARE, 2012 SCHWARTZMANN *et al.*, 2010).

Foi evidenciado também que sua capacidade de transferência estava prejudicada em razão da idade, e sobretudo por prejuízo neuromuscular ocasionado pelo AVE. Além dessa necessidade, foi constatado o risco de trauma relacionado a fatores internos como a redução do equilíbrio por meio de prejuízo na coordenação muscular.

Acerca desses problemas os profissionais da enfermagem oferecem o apoio apropriado (transferência, deambulação), instruem o paciente e o acompanhante, sobre o uso correto dos dispositivos auxiliares de deambulação, visando evitar quedas e traumas. Neste sentido, é importante garantir a segurança do ambiente com iluminação adequada, e espaço bem dimensionado.

Observou-se também a presença de edema, sugestivo de perfusão tissular periférica prejudicada, pois o paciente passa grande parte do tempo sem se locomover (restrito no leito), diante dessa situação a enfermagem propôs incentivo, à elevação

dos membros, que anula a gravidade, e promove o retorno venoso, evitando-se a estase venosa (CORRÊA, *et al.*, 2009, SMELTZER; BARE, 2012).

Outra complicação está relacionada à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melito, que podem prejudicar a função cardiovascular. Dentre esses dados, a enfermagem instruiu quanto a adesão de uma dieta hipossódica e hipoglicídica e ingestão adequada de líquidos, já que a frequência respiratória aumentada leva a um aumento na perda hídrica insensível durante a expiração, podendo resultar em desidratação. Por isso é importante incentivar um aumento no consumo de líquidos (pelo menos 2 l/dia), a não ser que haja alguma contraindicação (SMELTZER; BARE, 2012).

No momento da alta pode-se incentivar consultas com um nutricionista para desenvolver plano alimentar, que consiste habitualmente em restringir o aporte de sódio, açúcar e gordura, aumentar o consumo de frutas e vegetais e implementar uma atividade física regular. Orientar que decorrente da idade as papilas gustativas alteram a percepção do sabor e são necessários 2 a 3 meses para que se adaptem a mudanças no consumo dos alimentos (MATOSO; CASTRO, 2013, SMELTZER; BARE, 2012).

Contudo, a terapêutica em paciente acometidos pela PAC é notadamente iniciada de forma empírica, com o uso de antibióticos, uma vez que a identificação do germe responsável não ocorre em grande parte dos casos (SCHWARTZMANN *et al.*, 2010). Para sucesso no tratamento da PAC recomenda-se uma avaliação clínica rigorosa, por meio da análise de exames realizados para o diagnóstico, e caracterização da gravidade da pneumonia (CHAUVET; COSTA; FARIA *et al.*, 2010).

A seleção da terapêutica é baseada em alguns fatores, como por exemplo, o patógeno mais comum em cada situação, fatores que aumentam o risco para determinados patógenos, estratificação de risco do caso, e efeitos adversos dos antibióticos (MATOSO; CASTRO, 2013).

Para Schwartzmann *et al.* (2010) a duração do tratamento em adultos com PAC de leve a moderada gravidade deve ser de até sete dias, consistente com a classe de antibióticos habitualmente recomendados. A maioria dos pacientes responde adequadamente ao tratamento, porém o fracasso terapêutico é um importante fator prognóstico, com altas taxas de mortalidade, sendo alvo de uma abordagem rigorosa e precoce.

A equipe de enfermagem propõe ainda, como medida terapêutica a realização de hidratação endovenosa, inaloterapia (fluidificação das secreções utilizando soro fisiológico 0,9%), oxigenioterapia, antitérmicos (Dipirona - 15 a 20 mg/kg até cada 6 horas, Acetaminofeno - 15 mg/ kg a cada 4 horas, Ibuprofeno - 10 mg/Kg a cada 6 horas), broncodilatadores e antibioticoterapia (MATOSO; CASTRO, 2013).

Como alternativa tem o tratamento não-medicamentoso, através do aconselhamento higiênico dietético, acerca da necessidade de repouso, abandono do tabagismo, ingestão de líquidos e alimentação adequada. As pneumonias sem sinais de gravidade devem ser tratadas no ambulatório com consulta de revisão clínica

obrigatória, agendada com 48 horas.

Os pacientes internados que recebem terapia intravenosa (IV) devem passar para a terapia oral quando estiverem hemodinamicamente estáveis, com melhora clínica e capazes de tomar medicamentos/líquidos VO, com trato gastrointestinal normalmente funcionando. Tão logo o paciente esteja clinicamente estável, não tenha problemas clínicos e possua um ambiente seguro para cuidado continuado, deve receber alta (CORRÊA, *et al.*, 2009, SMELTZER; BARE, 2012).

A enfermagem se torna imprescindível na assistência à pacientes com doenças respiratórias, pois participa de forma ativa do planejamento e metas, que consistem na melhora da permeabilidade das vias respiratórias, no repouso para conservar a energia, na manutenção de um volume apropriado de líquidos, na manutenção da nutrição adequada, e na compreensão do protocolo do tratamento e das medidas de prevenção diante de complicações.

A melhora da permeabilidade das vias respiratórias, é essencial promover a remoção das secreções, visto que as secreções retidas interferem na troca gasosa e podem retardar a recuperação, o incentivo a realizar uma tosse efetiva e dirigida ajuda na remoção das secreções (BARTLETT, MUNDY, 1995, SMELTZER; BARE, 2012).

Com relação à promoção do repouso e conservação da energia, é incentivado que o paciente debilitado, repouse e evite esforços excessivos e uma possível exacerbação dos sintomas. O paciente deve assumir uma posição confortável para promover a respiração e deve mudar de posição regularmente, a fim de estimular a remoção das secreções e a ventilação e perfusão dos pulmões (MATOSO; CASTRO, 2013, SMELTZER; BARE, 2012).

Em pacientes com pneumonia, a frequência respiratória é elevada, devido à carga de trabalho aumentada imposta pela respiração laboriosa e pela febre que pode surgir. Logo é importante a promoção do aporte de líquidos, considerando a susceptibilidade à desidratação (SMELTZER; BARE, 2012).

Sem a promoção do conhecimento dos pacientes, estes cuidados citados anteriormente seriam inúteis, pois o paciente e família devem ser instruídos acerca da causa da pneumonia, tratamento dos sintomas, sinais e sintomas que devem ser notificados ao médico ou à enfermeira que necessite de acompanhamento.

Ressalta-se, que diante do exposto, é preciso que todos os enfermeiros que participem da assistência prestada a pacientes com diagnóstico de pneumonia, tenham conhecimentos sobre a patologia, e que as instituições de saúde forneçam recursos humanos e materiais para que seja implementado medidas de prevenção e tratamento a nível individual, e coletivo. Ademais, é de importância extrema a conciliação dos portadores de pneumonia com a Unidade Básica de Saúde, pois é na assistência primário que esse problema precisa ser resolvido, principalmente através de ações educativas e profiláticas, com uso de vacinas.

4 | CONCLUSÃO

O caso evidenciado trouxe conhecimentos práticos aos discentes e permitiu o desenvolvimento do pensamento clínico dos mesmos, a partir de um processo sistematizado de cuidado.

Considerando que a pneumonia comunitária representa uma das causas mais importante de morte atribuída às doenças infecciosas, em decorrência da dificuldade de apontar a terapêutica específica e de se estabelecer qual o agente etiológico graças a grande diversidade desses agentes; o estudo proporcionou o desenvolvimento de plano terapêutico personalizado e rico em intervenções.

Nesse contexto, os acadêmicos do 4º período de enfermagem, evidenciaram no decorrer das aulas práticas, a importância de se realizar uma prática assistencial de modo adequada e holística, seguindo os princípios da Semiologia e Semiotécnica na realização do exame clínico, em associação com os conhecimentos adquiridos em outras disciplinas, como: microbiologia, histologia, fisiologia, patologia, farmacologia, fundamentos, anatomia, bases filosóficas, dentre outras, na realização de uma assistência adequada, para que assim possamos prevenir e interferir nas possíveis complicações, além de nos propiciar um aprofundamento nos conhecimentos práticos dos fundamentos de enfermagem, nos mediando no domínio de conceitos e habilidades essenciais para prestar um atendimento de qualidade, que possa diminuir a estadia dos nossos clientes no hospital, e proporcionando ao mesmo um risco menor de complicação no seu caso clínico.

Por meio do presente estudo, identificou-se a importância desse cuidado holístico, nos oferecendo quanto acadêmicos e enfermeiros melhores condições para compreensão do prognóstico dos clientes assistidos, e dessa forma, nos conduzindo a criação de um plano terapêutico de cuidados que apresentem diagnósticos e intervenções condizentes com o quadro clínico do cliente e lhes proporcione melhores resultados.

REFERÊNCIAS

BARTLETT, J. G.; MUNDY, L. M. *Community-acquired pneumonia. New England Journal of Medicine*, v. 333, n. 24, p. 1618-1624, 1995.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Principais Síndromes Infecciosas, Módulo I. [Acesso em 05 Jul de 2017]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/audes/manuais/microbiologia/mod_1_2004.pdf

BRUNNER & SUDDARTH. Cuidados aos pacientes com distúrbios oncológicos ou neurológicos degenerativos. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 12ª ed. 20012

CHAUVET, P.; COSTA, W.; FARIA, A.. Pneumonia adquirida na comunidade. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 9, n. 2, 2010.

CORRÊA, R. de A. *et al.*. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes-2009. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 6, 2009.

COSTA SANTOS, C. M. *et al.*. Pneumonias em adultos, adquiridas na comunidade e no hospital. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 31, n. 2, p. 216-228, 1998.

MATOSO, L. M. L.; DE CASTRO, C. H. A.. Indissociabilidade clínica e epidemiológica da pneumonia. *CATUSSABA*, v. 2, n. 2, p. 11-24, 2013.

North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015 – 2017**. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

PEREIRA, C. A. C. *et al.* Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes-2009. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 6, p. S1-S24, 2004.

SCHWARTZMANN, Pedro V. *et al.* Pneumonia comunitária e pneumonia hospitalar em adultos. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 43, n. 3, p. 238-248, 2010.

SILVA, M. D. Avaliação Sob a Perspectiva do Enfermeiro do Acolhimento com Classificação de Risco na Unidade Hospitalar. Monografia. Floriano: Universidade Federal do Piauí; 2016.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA INTERNADO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Emily Gabriele Cavalier de Almeida

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Esmael Marinho da Silva

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Gabriele de Jesus Barbosa Lopes

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Deyvylan Araujo Reis

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

RESUMO: Este artigo apresenta um relato de experiência de discentes de enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a idoso com Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica em um Hospital Regional do Interior do Amazonas. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, realizado durante aula prática da disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II do Curso de Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no mês de junho de 2018. O cenário do estudo foi o Hospital

Regional de Coari. Os dados foram obtidos através de um instrumento intitulado roteiro de histórico de Enfermagem. Na elaboração da SAE, utilizou-se a taxonomia de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) para os diagnósticos de enfermagem, além das intervenções de enfermagem segundo a *Nursing Intervention Classification* (NIC) relacionadas e acompanhamento dos resultados pelos indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Na prática hospitalar, percebeu-se a relevância da aplicação da SAE através dos cuidados de enfermagem prestados a idoso com AVE e HAS. A visão geral do quadro clínico do paciente foi possível por meio dos dados obtidos. A SAE torna-se uma ferramenta indispensável para o enfermeiro. Todas as suas etapas foram realizadas e aplicadas ao paciente. Conclui-se que, por meio do estudo, foi possível compreender mais sobre a importância da SAE na prática hospitalar como uma ferramenta que subsidia o enfermeiro na resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de enfermagem do indivíduo hospitalizado.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de Enfermagem. Enfermagem. Enfermagem prática.

ABSTRACT: This article is a report on the experience of nursing students when applying

the nursing process (SAE) on elderly patients with stroke and systemic arterial hypertension at a regional hospital in the interior of the state of Amazonas, Brazil. This descriptive-qualitative study was written as an experience report and conducted during the course in Semiology and Semitechnical in Nursing II at the Nursing School in the Institute of Health and Biotechnology (ISB) of the Federal University of Amazonas (UFAM), in the month of June 2018. The scenario of the study the Regional Hospital of Coari. The data was obtained from the nursing record. In the elaboration of the SAE, the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) taxonomy was used for nursing diagnoses, in addition to the nursing interventions according to the Nursing Intervention Classification (NIC) and the results of the Nursing Outcomes Classification indicators (NOC). In the hospital practice, the relevance of the SAE application through the nursing care provided to the elderly with stroke and SAH was perceived. An overview of the patient's clinical picture was possible through the data obtained. SAE becomes an indispensable tool for nurses. All steps were performed and applied to the patient. It was concluded that, through the study, it was possible to understand more about the importance of SAE in hospital practice as a tool that subsidizes nurses in problem solving, attending to the nursing care needs of the hospitalized individual.

KEYWORDS: Nursing Process. Nursing. Nursing Practice.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que vem crescendo cada vez mais. No Brasil, de modo especial, atualmente, um dos maiores desafios dentro da saúde pública é o envelhecimento, sendo algo dinâmico, irreversível e inadiável. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, o percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população passou de 12,8% em 2012 para 14,4% no ano de 2016, que obteve um crescimento de 16,0% na população nesse grupo etário, representando 29,6 milhões de habitantes (IBGE, 2016).

Com esse expressivo aumento da população idosa, é observável uma demanda crescente nos serviços de saúde, uma vez que, atrelado ao envelhecimento, dá-se a possibilidade do aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), que vão fazer com que o idoso recorra ao Sistema Único de Saúde (SUS) com mais frequência. Isso faz com que os gastos com internações hospitalares, exames e com cuidados médicos aumentem.

O processo de envelhecimento traz consigo algumas alterações orgânicas e fisiológicas naturais, que dão aos idosos uma maior probabilidade de desenvolver DCNTs. Estas podem resultar em consequência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, que vão se acumulando no decorrer da vida de forma silenciosa e, nessa faixa etária, manifestam-se. A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta o crescimento de DCNTs, sendo as principais as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e as neoplasias. Entre essas, a Hipertensão

Arterial Sistêmica (HAS) se destaca na categoria de doenças cardiovasculares por apresentar maior prevalência entre os idosos no Brasil, com estimativa de que 25% a 60% da população adulta mundial é portadora, aumentando de acordo com a faixa etária (ALMEIDA, 2015).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial conceituam a HAS como uma alteração dos níveis pressóricos, sendo pressão arterial sistólica superior ou similar a 140mmHg e a diastólica, maior ou igual a 90mmHg, na ausência de uso de medicação anti-hipertensiva. A HAS se tornou no Brasil a doença com mais frequência entre a população e se associa a hábitos alimentares como o consumo excessivo de sal, o comportamento sedentário, o consumo exacerbado de bebidas alcoólicas, a genética e o fator psicossocial como o estresse (SBC, 2017).

Por sua vez, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresenta diversos fatores de risco, sendo a HAS a que possui maior prevalência. O AVE é caracterizado como uma interrupção na circulação sanguínea cerebral, que vai danificar partes do cérebro que podem cessar ou diminuir a atividade da área lesionada. O AVE pode ser dividido em isquêmico, que é de origem trombótica, em que pode existir um fechamento de um vaso sanguíneo; ou hemorrágico, quando houver rompimento de um vaso do encéfalo, que levará a um sangramento exacerbado (OLIVEIRA et al., 2017). Assim como a HAS, o AVE também é uma doença silenciosa e súbita. Os indivíduos que sobrevivem a esta patologia ficam com sequelas por um longo tempo, o que requer que sua família mude a rotina para lhes prestar cuidados.

O AVE possui vários fatores de risco, sendo estes subdivididos em dois grupos. O primeiro refere-se a causas não modificáveis, como idade, sexo, raça e herança genética, enquanto o segundo grupo envolve causas modificáveis, que o indivíduo pode prevenir por meios de educação em saúde ou orientações prolongadas. Entre elas estão o comportamento sedentário, hábitos alimentares não saudáveis e inatividade física.

Para o indivíduo diagnosticado com HAS e AVE, o enfermeiro deve planejar uma melhor assistência. Na primeira consulta, o profissional enfermeiro deve possibilitar que o paciente verbalize os desafios que tal patologia trouxe para a sua rotina e, com base nestas informações, o profissional traçará metas para buscar auxiliá-lo por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do Processo de Enfermagem (PE), que juntos visam a um atendimento sistemático (OLIVEIRA, 2017; RAMOS, 2016).

A SAE é definida como uma ferramenta para gestão do cuidado por envolver aspectos que transcendem ao cuidado direto, possibilitando a avaliação da eficiência e eficácia das atividades realizadas e contribuindo para tomada de decisão gerencial e política, visando à excelência do cuidado (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017). Nesse contexto, a SAE organiza o ambiente de trabalho e facilita as práticas de cuidados, que serão prestadas no atendimento do profissional enfermeiro ou de acadêmicos em formação, que devem ter conhecimento de que, para aplicar a SAE, tem-se que ter

sempre um subsídio de suporte teórico, que vai auxiliar e orientar nas cinco etapas da SAE: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução de Enfermagem (DUARTE; ELLENSOHN, 2007).

O histórico de enfermagem é a etapa em que se obtêm informações do indivíduo por meio da entrevista e do exame físico. A partir desse ponto, tem-se um diagnóstico com base nas análises das informações coletadas, que levam ao planejamento de enfermagem, em que se pode recorrer às intervenções de enfermagem para alcançar o resultado esperado. É na etapa de implementação que se executa o plano de assistência e são estipuladas metas nos resultados esperados. Por fim, na etapa da evolução de enfermagem, observam-se as mudanças, o desenvolvimento e as intervenções se foram aplicadas com êxito no atendimento ao paciente.

Após todas as informações obtidas por meio da SAE, para uma melhor assistência, o acadêmico deve procurar uma teoria de enfermagem que seja mais adequada ao tipo paciente, a fim de facilitar a sua assistência. É de fundamental importância que os discentes compreendam a relevância da SAE em suas práticas hospitalares, por meio de uma relação mais próxima, de modo a aplicá-la no exercício profissional para auxiliar nos cuidados de enfermagem aos pacientes hospitalizados e empregar os conhecimentos técnico-científicos na assistência. Isso torna um cuidado individualizado, contínuo e com qualidade (COSTA; SILVA, 2018).

A inquietação para a realização deste estudo foi para melhor explorar as etapas que compreendem a SAE e sua aplicação em um Hospital Regional localizado no interior do Amazonas. Objetivou-se, a partir da aplicação da SAE, facilitar as condutas e os cuidados que os acadêmicos tiveram no planejamento com o paciente, além de simplificar a comunicação aos profissionais. Cada etapa da SAE pretendia traçar metas para implementá-la, sempre partindo do princípio de que se devem obedecer à ordem dessas etapas, buscando solucionar as dificuldades que se apresentaram no decorrer da investigação. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de discentes de enfermagem na aplicação da SAE a idoso com Acidente Vascular Encefálico e Hipertensão Arterial Sistêmica em um Hospital Regional do Interior do Amazonas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, realizado durante aula prática da disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II do Curso de Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa que busca apresentar uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações direcionadas a uma prática vivenciada no âmbito profissional ou educacional dentro do contexto de interesse da comunidade acadêmica (CAVALCANTE;

LIMA, 2012).

A referida disciplina apresenta como ementa aplicação prática, utilizando os procedimentos teórico-práticos de enfermagem necessários ao julgamento clínico e tomada de decisão no processo de cuidar do adulto, além das considerações éticas no cuidado e avaliação física por sistemas, segmentos e exames complementares.

Dessa forma, a disciplina focaliza a primeira fase do processo de enfermagem, oferecendo conhecimentos teórico-práticos com noções básicas de atendimento ao cliente, admissão, entrevista, anamnese, exame físico, noções básicas para a utilização do sistema de linguagem padronizada (NANDA, NIC, NOC) e o uso da terminologia científica. Assim, espera-se dos discentes o aprendizado das noções e técnicas através das aulas práticas para o aprimoramento da comunicação entre os colegas de trabalho, pacientes, familiares e comunidade, além também do desenvolvimento de técnicas para a identificação e as alterações relacionadas a condições de saúde do adulto.

O cenário do estudo foi a Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Regional de Coari Prefeito Dr. Odair Carlos Geraldo, localizado no interior do Amazonas (AM). A unidade de escolha para as aulas práticas atende basicamente a pacientes adultos com patologias clínicas, sendo essa referência para as atividades práticas da disciplina do Curso de Enfermagem. A referida unidade é pública e oferece atendimento de média complexidade à população da cidade e do entorno do município.

O município de Coari pertence à região do Médio Solimões, do Estado do Amazonas, situado na Região Norte do Brasil. A localidade tem uma população estimada de 83.929 habitantes, dividida em área urbana e área rural. Coari fica distante de Manaus a 363 quilômetros em linha reta e, para realizar o trajeto, gastam-se, em média, 27 horas em transporte fluvial e 50 minutos em transporte aéreo. O acesso ao município só acontece por esses meios de transporte (IBGE, 2016; REIS; OLIVEIRA, 2017).

As aulas práticas aconteceram com a frequência de cinco vezes por semana, com carga horária de seis horas diárias, totalizando 90 horas. Entre as atividades da própria disciplina, foram destinados dias para a aplicação do estudo de caso, totalizando cinco dias, tendo sido possível desenvolver a maior parte do conhecimento teórico-prático, com base no saber lidar diante da realidade hospitalar e dos pacientes através da vivência durante a atividade da aula prática. Destaca-se que, nesse período, foi possível implementar os cuidados fundamentados nos conhecimentos adquiridos no decorrer do desenvolvimento da disciplina. Inicialmente, formaram-se trios de acadêmicos que prestaram assistência a pacientes internados escolhidos para aplicação da SAE com o diagnóstico médico de AVE e HAS.

A coleta de dados foi realizada pelos autores no mês de junho de 2018, sob a supervisão e orientação do preceptor da disciplina. Os dados foram obtidos através de um instrumento intitulado roteiro de Histórico de Enfermagem, contendo informações subjetivas e objetivas, como: dados pessoais (nome, idade, gênero, etnia, estado

civil, naturalidade, residência, profissão, religião), informações sobre a doença e tratamento (queixas, história da doença e interrogatório sintomatológico), exame físico e informações relevantes sobre órgão/sistema (sinais vitais, peso, altura, cabeça, olhos, pupilas, ouvidos, nariz e cavidades paranasais, bucal e anexos, faringe, laringe, vasos e linfonodos, pescoço, sistemas respiratório, cardiovascular, digestório, urinário, genital, hemolinfopoético, endócrino, orteoarticular, nervoso, psíquico e condições emocionais, membros superiores e inferiores), antecedentes pessoais e familiares, psicossociais (interação social, resolução de problemas, apoio espiritual, suporte financeiro, conhecimento sobre a sua patologia e mudanças percebidas no humor) e hábitos (condições de moradia, sono-reposo, exercícios físicos e atividade sexual).

Após análise dos dados obtidos, houve a elaboração dos diagnósticos de Enfermagem através da taxonomia de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), além das intervenções de enfermagem segundo a *Nursing Intervention Classification* (NIC) relacionadas e acompanhamento dos resultados pelos indicadores da *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Os resultados deste estudo foram discutidos com base nas etapas da SAE: histórico de enfermagem: descrição do sujeito do estudo, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, dando ênfase à experiência acadêmica.

Por se tratar de relato de experiência, o estudo não requer submissão a Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos para apreciação, e a pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

A pesquisa teve como sujeito um paciente idoso do sexo masculino, hospitalizado, com diagnóstico principal de HAS e AVE. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento elaborado na disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II, obtendo uma avaliação holística do indivíduo em questão. Dessa maneira, observou-se que a SAE constitui uma ferramenta de extrema importância a ser utilizada pelos enfermeiros no seu local de trabalho, tendo em vista que torna exequível determinar as respostas dos clientes atreladas aos problemas de saúde, bem como aos processos vitais que exigem intervenções pelos profissionais (LIMA et al., 2018).

A aplicação da SAE e o desenvolvimento do processo de enfermagem possibilitaram uma visão integral do caso do paciente. Para Trindade et al. (2016), o processo de enfermagem consiste em um método organizacional do enfermeiro como guia na prática assistencial, tendo em vista que o direciona na tomada de decisão no que tange a que cuidados prestar ao paciente, com base em conhecimentos científicos. Logo, apresenta a finalidade de sistematizar a assistência de enfermagem através de fases que estão interligadas, objetivando organizar os planos de cuidados e promover a qualidade dos mesmos, apresentando um raciocínio clínico para a elaboração dos

diagnósticos de enfermagem, seguido de intervenções prescritas pelo profissional enfermeiro a fim de obter resultados benéficos ao paciente.

Além disso, é perceptível que a SAE e o Processo de Enfermagem (PE) subsidiam as práticas assistenciais do enfermeiro, sendo o PE subdividido em cinco etapas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (SANTOS, 2018), que foram essenciais para fomentar a assistência de enfermagem prestada ao idoso.

O processo de envelhecimento traz diversas limitações, sendo funcionais, motoras, sensoriais, cognitivas, na sexualidade, entre outras (JOÃO; PORTELADA, 2016), que podem ser intensivas, com a presença de doenças, como o AVE. A ocorrência deste é mais frequente após os 60 anos de idade (BOTELHO et al., 2016). Sendo assim, o idoso deixa de ser participativo e torna-se dependente, relacionado às complicações do AVE, afetando diretamente a sua qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Os danos provocados pelo AVE vão de distúrbios neurológicos a físicos, destacando a fraqueza muscular, distúrbios na linguagem e disfagia (JOHANN; BOSCO, 2015), os quais foram encontrados no paciente deste estudo. Nesse sentido, o tratamento do AVE deve ser multidisciplinar, e o profissional enfermeiro cumpre um papel fundamental na assistência, promovendo informações e cuidados relevantes para o paciente e orientações para a vítima e seus familiares (ALEXANDRE et al., 2017).

Nesse contexto, observou-se que o contato com o paciente idoso exigiu um atendimento individualizado e prioritário, além do mais, percebeu-se também que o Hospital Regional de Coari não apresenta recursos tecnológicos e materiais suficientes para promover o tratamento adequado, tendo em vista a gravidade desse tipo de caso, principalmente por envolver uma pessoa idosa. Os profissionais enfrentam essas dificuldades, uma vez que precisam ter uma atenção a mais e usar todos os meios possíveis para promover um atendimento de qualidade e eficaz, tendo como meta a promoção da saúde e bem-estar do paciente.

Nesse estudo, aplicou-se a SAE para nortear os cuidados oferecidos ao idoso com acidente vascular encefálico e hipertensão arterial sistêmica internado em um hospital do interior do Amazonas. Para isso, fez-se necessário elaborar planos, traçar metas através de ações de saúde (cuidados) para a oferta de uma assistência de qualidade.

Histórico de Enfermagem: descrição do sujeito do estudo

O sujeito do estudo foi denominado RMR, a fim de manter seu anonimato, possui 68 anos, é do masculino, negro, casado, natural de Fonte Boa do Estado do Amazonas, analfabeto. Declarou-se evangélico, catraieiro e vendedor de gelo. Reside na área urbana da cidade de Coari do Estado do Amazonas. Foi admitido no HRC na unidade

de pronto socorro, acompanhado pelo seu cônjuge, relatando sentir “fortes dores no peito”, apresentando dispneia, sensação de vertigem, diminuição da força motora e desvio da rima labial. No mesmo dia, foi internado e encaminhado para o setor de clínica médica com diagnóstico médico de AVE e HAS.

Relatou que possui casa própria, reside com os setes filhos e a sua esposa no domicílio. Informou que era etilista e tabagista quando jovem. Referiu não ter conhecimento sobre a sua patologia e possuir ascendentes com HAS, ter repouso insatisfatório, uma vez que acorda três vezes no período noturno. Declarou também que tem uma boa interação social, não pratica esportes, gosta de assistir à TV, come produtos industrializados com frequência, com alto teor de sal e gorduras (conserva, sardinha e salsicha enlatada), além de peixe e frango, e faz uso de medicamentos caseiros. Informou não ter alergia.

Os acadêmicos tiveram a oportunidade de realizar o histórico de enfermagem, exame físico e análise dos exames laboratoriais e de imagem. Elaboraram os Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA I, concomitantemente a intervenção e evolução de enfermagem. Cada etapa foi essencial para a compreensão do caso do paciente, além de representar uma oportunidade de entender como funciona o trabalho do enfermeiro na assistência prestada.

Na prática hospitalar, no período de aula prática, diversas foram as dificuldades relacionadas à aplicação da SAE e do processo de enfermagem, porém, após a realização deste estudo e ao consultarem livros, além de sanarem as dúvidas com o preceptor de aula prática, os estudantes superaram tais obstáculos. Destaca-se a importância desses processos como guia na tomada de decisão do enfermeiro e dos acadêmicos.

Anamnese e exame Físico

A anamnese e o exame físico fazem parte das etapas do processo de enfermagem e possibilitam ao profissional enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente, visando a um cuidado individualizado. Nessa etapa, o enfermeiro precisa identificar as necessidades, problemas, preocupações e reações voltadas ao paciente. Para isso, precisa estar capacitado, com conhecimento técnico e científico, obtendo assim uma visão holística e humanizada (SANTOS, 2018).

Para a realização do exame físico, utilizaram-se as propedêuticas, a saber: inspeção, palpação, ausculta e percussão. O exame físico foi realizado no sentido cefalocaudal, em ambiente calmo e tranquilo para o examinado. Na anamnese, os discentes se apresentaram ao paciente, iniciando a entrevista, colhendo as informações diversas e pertinentes, pessoais, familiares, queixas principais, história da doença atual e pregressa e outras. Os resultados evidenciados no exame físico por sistema do paciente estão apresentados no Quadro 1.

Exame físico por sistema	Achados do paciente
Neurológico	Verbalizando pouco.
Cabeça e pescoço	Seborreia, acuidade visual diminuída, acuidade auditiva diminuída, desvio da rima labial, dentição incompleta e presença de cáries.
Musculoesquelético	Mobilidade prejudicada, hemiplegia esquerda, força e tônus muscular insatisfatórios, parestesia em Membro Superior Esquerdo (MSE) região do braço, parestesia em Membro Inferior Esquerdo (MIE) região tibial.
Tegumentar	Hipocorada, lesão em membro inferior esquerdo (MIE), desidratado, com acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito (MSD) salinizado, higiene corporal insatisfatória.
Circulatório	Ausculta cardíaca: hipofonéticos nos quatro focos aórticos, bradisfigmia e filiforme nos membros superior e inferior esquerdo.
Respiratório	Cansaço ao esforço, tórax tonel, presença de tosse sem secreção.
Gastrointestinal	Abdômen globoso, sem circulação colateral, em uso de fralda.
Urinário	Uso de sonda vesical de demora (SVD) aspecto amarelado, com odor característico.

Quadro 1- Achados do paciente no exame físico por sistema.

Por meio da coleta de dados, foi possível conhecer de forma aprofundada o paciente e compreender as suas necessidades, anseios, dúvidas e sentimentos, tendo sido esse o primeiro contato dos acadêmicos na realização da entrevista. Destaca-se está como importante ferramenta para o desenvolvimento da confiança do paciente, familiares, acompanhante e também do discente, através de um diálogo simples e claro. A confiança foi essencial para ajudar na continuidade da assistência de enfermagem, tornando os discentes mais participativos na realização das atividades desenvolvidas.

Na prática hospitalar, ainda há um receio, uma insegurança em lidar com pacientes, devido ao fato de o discente estar em processo de formação e ainda não ter o conhecimento de conteúdos de outras disciplinas. Nesse caso do idoso com AVE, que requer um cuidado mais complexo, a presença do preceptor e dos profissionais atuantes foi crucial para propiciar maior segurança na realização dos diversos procedimentos de enfermagem. Além disso, a troca de experiência ajuda no aprendizado de conhecimentos que, nas aulas teóricas, os estudantes ainda não tiveram contato.

O atendimento multidisciplinar e individualizado ofertado ao indivíduo da pesquisa foi de fundamental importância para a sua evolução. Ao primeiro contato, na entrevista, o paciente interagiu pouco, apresentava uma comunicação de difícil compreensão devido a seu diagnóstico clínico, e, em alguns momentos, foi necessário dirigir as perguntas ao acompanhante familiar, entretanto, com o passar dos dias, observou-se

uma evolução no seu estado de saúde, passando a apresentar maior interação com os acadêmicos.

Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem são de grande importância para subsidiar as ações do enfermeiro nos cuidados prestados, uma vez que têm como finalidade identificar, por meio do julgamento clínico, um problema, potencialidade ou risco observado nos pacientes, família ou comunidade (NANDA, 2018).

Com base nos problemas encontrados, o enfermeiro deve elencar um diagnóstico específico para posterior realização de planos de cuidados a serem executados sob sua orientação. É atribuição do enfermeiro encontrar medidas que facilitem a concretização dos cuidados no dia a dia dos pacientes (RAMOS et al., 2016).

Cada diagnóstico de enfermagem apresenta um título e uma definição clara, além do mais, há os indicadores diagnósticos que incluem características definidoras, fatores relacionados ou de risco, competindo ao enfermeiro ter ciência dos diagnósticos normalmente utilizados para aplicá-los (NANDA, 2018). O Quadro 2 apresenta os dez diagnósticos de enfermagem, que foram classificados como diagnósticos reais e de risco de acordo com a NANDA-I, além das intervenções e resultados propostos, tomando por base as taxonomias NIC e NOC, respectivamente (BULECHEK et al., 2016; JOHSON et al., 2016).

Diagnósticos de Enfermagem- NANDA	Intervenções de Enfermagem- NIC	Resultados esperados- NOC
Conhecimento deficiente relacionado às informações insuficientes.	Melhora da disposição para Apreender: <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar um ambiente calmo para orientação sobre a sua situação de saúde;- Monitorar o nível de orientação e confusão do paciente;- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e preocupações;- Oferecer tempo ao paciente para fazer as perguntas e discutir as preocupações;- Orientar o paciente a perceber a gravidade da doença, conforme apropriado;- Explicar sobre a doença atual de forma que o paciente possa compreender.	Conhecimento: controle da Hipertensão Arterial Sistêmica Conhecimento: controle do Acidente Vascular Encefálico.

<p>Comunicação verbal prejudicada relacionada ao acidente vascular encefálico</p>	<p>Melhora da Comunicação: Déficit da fala</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a velocidade, pressão, ritmo, quantidade e volume da fala; - Orientar o paciente a falar devagar; - Ouvir o paciente atentamente para atender as suas necessidades. 	<p>Melhora da comunicação: expressão</p>
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada a força muscular diminuída</p>	<p>Assistência no autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar a capacidade do paciente de autocuidado independente; - Monitorar a necessidade do paciente, dispositivos adaptados para realizar a higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, realizar higiene íntima e alimentar-se. <p>Controle do ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar um ambiente seguro ao paciente; - Proporcionar um ambiente e cama com lençóis limpos. <p>Promoção do exercício:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o indivíduo quanto ao tipo apropriado de exercício para o nível de saúde, em colaboração com o médico e/ou fisioterapeuta; - Monitorar a adesão do indivíduo ao programa de exercícios/atividade. 	<p>Melhora no posicionamento do corpo: autocuidado</p> <p>Melhora no nível de Fadiga</p>
<p>Déficit no autocuidado para banho relacionado a fraqueza</p>	<p>Cuidado com o cabelo e couro cabeludo:</p> <p>Monitorar as condições do cabelo e do couro cabeludo, incluindo anormalidade (identificando a seborreia);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer tratamento para anormalidade ou notificar ao profissional de saúde adequado. 	<p>Melhora no autocuidado: banho e higiene</p>
<p>Dentição prejudicada relacionada à higiene oral inadequada</p>	<p>Manutenção da saúde oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar e auxiliar o paciente a realizar higiene oral após alimentação e sempre que necessário; - Recomendar o uso de uma escova de dentes de cerdas macias; - Orientar e ensinar o indivíduo a escovar os dentes, gengivas e língua. 	<p>Autocuidado: higiene oral</p>

<p>Fadiga relacionada à falta de condicionamento físico</p>	<p>Terapia com exercício: deambulação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer leito apropriado à altura do paciente; - Estimular o paciente a sentar-se na lateral da cama com as pernas pendentes ou na cadeira, conforme tolerado; - Orientar o paciente a como se posicionar durante o processo de transferência; - Auxiliar o paciente na deambulação inicial e conforme necessário; - Estimular a deambulação independente dentro dos limites seguros. 	<p>Melhora na tolerância à atividade</p>
<p>Insônia relacionada a ansiedade, estressores e medo.</p>	<p>Melhora do sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e o número de horas dormidas; - Auxiliar na eliminação de situações estressantes antes da hora de dormir; - Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília do paciente. <p>Controle do ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduzir os estímulos do ambiente, conforme apropriado; - Controlar ou prevenir barulhos indesejáveis. <p>Redução da ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, tratamento e do prognóstico; - Buscar compreender a perspectiva do paciente em relação à situação de estresse. 	<p>Melhorar o sono; Manter o estado de conforto: Ambiente; Diminuir o nível de ansiedade.</p>
<p>Risco de infecção, evidenciado por procedimentos invasivos (cateter venoso periférico e sonda vesical de demora).</p>	<p>Controle de infecção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar a lavagem das mãos aos visitantes na entrada e saída do leito do paciente; - Higienizar as mãos antes e depois da atividade realizada com o paciente. <p>Proteção contra infecção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e localizados de infecção; - Inspeccionar a pele para rubor, calor extremo e drenagem; - Trocar os acessos endovenosos periféricos a cada 72 horas, bem como curativos diários. 	<p>Controle de riscos: processo infeccioso; Manter integridade da pele.</p>

<p>Risco de quedas, evidenciado por mobilidade prejudicada.</p>	<p>Controle do ambiente: segurança:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar um ambiente seguro para o paciente; - Colocar objetos frequentemente utilizados pelo paciente perto dele; - Permitir que familiares fiquem com o paciente; - Informar ao paciente e aos familiares acompanhantes quanto a precauções contra risco de quedas. <p>Prevenção contra quedas:</p> <p>Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas;</p> <p>Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível de fadiga ao caminhar;</p> <p>Orientar o paciente a pedir auxílio quando em movimento;</p> <p>Usar grades laterais do leito com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama;</p>	<p>Comportamento de prevenção de quedas</p> <p>Conhecimento: prevenção de quedas.</p>
<p>Risco de integridade da pele prejudicada, evidenciado por mobilidade prejudicada.</p>	<p>Prevenção de úlcera de pressão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documentar a condição da pele na admissão e diariamente; - Monitorar o surgimento de áreas avermelhadas atentamente. - Realizar a mudança de decúbito a cada duas horas, conforme a necessidade apropriada; - Inspecionar a pele, a proeminência óssea e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia; - Manter os lençóis limpos, secos e sem amassados; - Realizar a hidratação da pele ressecada. 	<p>Manter a Integridade Tissular: pele</p>

Quadro 2 - Planejamento da assistência de enfermagem: diagnóstico, intervenções, resultados esperados.

As dificuldades na aplicação da SAE se deram principalmente na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, tendo em vista a complexidade desse assunto, que, na teoria, foi pouco explorado, porém, após realização desta pesquisa, ficou perceptível a magnitude dessa atribuição privativa do enfermeiro e sua importância para a realização de um trabalho mais organizado e fidedigno. Destaca-se que é necessário o conhecimento teórico nas etapas da SAE, tendo grande importância para o profissional enfermeiro.

Compreende-se que os diagnósticos de enfermagem correspondem a problemas

que poderão ser solucionados ou minimizados através dos cuidados de enfermagem. Após a análise da história do paciente idoso e posteriormente à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se às demais etapas da SAE.

Prescrição e evolução de Enfermagem

A PE é uma atribuição privativa do profissional enfermeiro, registrada em impresso específico, sendo subsidiada pela evolução de enfermagem. Conceitua-se prescrição de enfermagem como um planejamento de cuidados com embasamento teórico direcionados para as necessidades de cada paciente, de forma individualizada, obtendo validade de 24 horas, porém passível de alterações quando o enfermeiro achar viável de acordo com os seus conhecimentos científicos (ROSA et al., 2016).

Ao realizar as prescrições de enfermagem com auxílio da literatura, os acadêmicos compreenderam a importância de ter uma visão holística do paciente frente às implicações de saúde relacionadas ao AVE, uma vez que, para realizar as prescrições de cuidados, é necessário ter conhecimento da patologia do paciente (referente às questões físicas e emocionais) para oferecer-lhe uma assistência de qualidade.

Observou-se que, por meio da SAE, a assistência prestada ao sujeito do estudo ficou mais organizada e clara, porque possibilitou associar a patologia e os seus sinais e sintomas para o julgamento clínico na elaboração dos diagnósticos, priorizando as intervenções adequadas para cada problema achado nos dados coletados.

Outra dificuldade constada pelos acadêmicos foi a elaboração das prescrições de enfermagem, principalmente quanto à questão de familiaridade com as etapas da SAE, vista como o primeiro momento nesse processo de construção. Sendo assim, foi necessária a consulta à literatura pertinente à temática da SAE, assim como do processo de enfermagem para auxiliar nessa elaboração. Notou-se, que essa compreensão ficou perceptível para os autores e foi essencial para a gestão do cuidado, possibilitando o planejamento, a execução e também a avaliação dos cuidados prestados ao paciente.

Após a leitura dos diagnósticos, é necessário elaborar os resultados desejados, porém estes precisam ser identificados antes da determinação das intervenções e as suas metas declaradas. O conceito de intervenção, segundo a NANDA (2018), corresponde a qualquer tratamento com base no conhecimento e no julgamento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente.

No que se refere à evolução de enfermagem, Rosa et al. (2016) a definem como um processo em que é formalizado um plano de cuidados individualizados, que apresenta uma ordem dinâmica de avaliação e revisão crítica dos cuidados ministrados. Trata-se de um relato diário das intervenções ao paciente sob a assistência do profissional enfermeiro, além de ser útil para avaliar as respostas dos pacientes em consonância com a assistência de enfermagem prestada.

A evolução de enfermagem representa um documento de grande valia para o enfermeiro, em que constam os dados de toda a assistência de enfermagem realizada

ao paciente. A seguir, apresenta-se a evolução realizada ao paciente deste estudo (Quadro 3).

No sexto dia de internação hospitalar, consciente, orientado em tempo e espaço, verbaliza com dificuldade, pouco colaborativo, mobilidade física insatisfatória, deambulando com auxílio, acompanhado de seu filho, com acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito (MSD) salinizado, sem sinais flogísticos, higiene corporal insatisfatória. Aceitação à dieta oferecida, com disfagia, eliminação vesical em sonda vesical de demora (drenando diurese com 300mL de cor amarelo claro) e intestinal espontâneo. Queixa-se de ardência ao urinar e cansaço aos pequenos esforços. Relata sono e repouso insatisfatórios, acordando três vezes durante o período noturno. Ao exame físico = AP: tórax normolíneo, hipocorado, sem lesão ou presença de nódulos, movimentos respiratórios espontâneos, expansão torácica simétrica, com presença de tosse sem secreção, r=17 mrpm; AC: ictus cordis palpável, hipofonéticos nos quatro focos aórticos, ritmo cardíaco regular em dois tempos. PA: 170x100mmhg. Frequência cardíaca: 82bpm. Pulsos palpáveis, apresentando bradisfigmia e filiforme nos membros superior e inferior esquerdo. Pulso=74 bpm. T: 35.6°C; abdômen globoso, sem circulação colateral ou lesões, sem cicatrizes cirúrgicas e hérnias, sem alterações a percussão; não relatou algia a palpação. Ausculta: ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação e percussão. Membros superiores (MMSS): hemiplegia esquerda, força e tônus muscular insatisfatórios, parestesia em membro superior esquerdo (MSE) região do braço, parestesia em membro inferior esquerdo (MIE) região tibial, com presença de formigamento nos MMII direito e esquerdo. Encaminhado para o banho de aspersão, com auxílio de cadeira de rodas.

Quadro 3 - Evolução de Enfermagem do sujeito do estudo.

Na prática hospitalar, percebeu-se a relevância da aplicação da SAE nos cuidados de enfermagem prestados ao idoso com AVE e HAS, tornando o trabalho voltado a esse paciente mais organizado e direcionado, uma vez que a SAE segue várias etapas que estão interligadas e obedecem a uma ordem. A visão geral do quadro clínico do paciente foi possível por meio dos dados obtidos, o que faz da SAE uma ferramenta indispensável para o profissional Enfermeiro. Destarte, todas as etapas da SAE foram realizadas e aplicadas ao paciente deste estudo.

A SAE serviu como um instrumento facilitador para a assistência prestada a esse caso, promovendo um cuidado otimizado. E, ao implementá-la, foi possível conhecer o paciente de forma geral e, posteriormente a isso, aplicar os conhecimentos por meio de cuidados pertinentes. Apesar de toda essa relevância da SAE na assistência, observa-se que a mesma ainda é pouca utilizada no Hospital Regional de Coari, tendo em vista que ainda não ocorre de forma definitiva, isso pode estar atrelado às dificuldades para sua execução, por se tratar de um método complexo.

Para os acadêmicos, é necessário que haja maior ênfase desses assuntos na teoria, para que possam implementá-los na aula prática hospitalar com mais facilidade, de forma a fazer parte de sua vida profissional posterior à universidade como um método facilitador. Tudo isso com objetivo de ofertar uma assistência de qualidade e mais científica, valorizando o trabalho do enfermeiro.

4 | CONCLUSÃO

O sujeito do estudo, devido ao processo de envelhecimento, já apresenta

limitações fisiológicas, que se somaram às complicações do Acidente Vascular Encefálico, deixando-o mais vulnerável. Nesse sentido, a assistência da enfermagem teve um papel fundamental na sua evolução, utilizando-se as ferramentas que qualificam essa assistência como a SAE, fatores essenciais para mediar a tomada de decisão e promover um cuidado individualizado e integral e a obtenção da meta de promoção da qualidade de vida do paciente idoso com AVE.

Para os acadêmicos, o cuidado individualizado e integral oferecido ao idoso com AVE por meio da SAE possibilitou a integralização dos conhecimentos absorvidos na teoria à prática hospitalar, além de aprimorar os conhecimentos através de consultas à literatura pertinente e trocas de experiência com outros profissionais, resultando no desenvolvimento profissional dos acadêmicos e sua autonomia. Este estudo possibilitou compreender mais sobre a importância da SAE na prática hospitalar como uma ferramenta de subsídio para o enfermeiro dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de enfermagem do indivíduo hospitalizado.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Ana Paula. et al. Acidente vascular encefálico (ave) e o enfermeiro: conhecimento e orientação. **Revista Saúde em Foco**, n.9, p.611-616, 2017.

ALMEIDA, Raitany Costa. **Hipertensão arterial sistêmica e outros fatores de risco cardiovascular em uma amostra da população de Porto Velho – RO: comparação urbana versus ribeirinha**. 2015. 94 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Médicas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311543/1/Almeida_RaitanyCostade_D.pdf>. Acesso em: 07 de fev. 2019.

BOTELHO, Thyago de Sousa. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas de Saúde**, v.6, n.2, João Pessoa. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União. 2012.

BULECHEK, Gloria M. et al. **Nic-Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 6º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CAVALCANTE, Bruna Luana de Lima; LIMA, Uirassu Tupinambá Silva de. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing Health**, Pelotas, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 12, p.94-103, jan/jun. 2012.

COSTA, Ana Caroline da; SILVA, José Vitor da. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. **Revista Enfermagem Referência** [on-line], série IV, n.16, p.139-146, Jan/Fev/Mar, 2018.

DUARTE, Alexandre Paz Perreira; ELLENSOHN, Lisara. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.4, p.521-526, Out/Dez, 2007.

GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos.

Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 436-441, Apr. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Agência Notícias do IBGE**. 2016. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes>>. Acesso em: 10 de fev. 2019.

JOÃO, Ana Lúcia da Silva; PORTELADA, Antônio Fernando Saldanha. Reabilitação na pessoa idosa em situação de AVC com alterações do equilíbrio postural. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, p.40-48, abr. 2016.

JOHSON, Marion. et al. **Noc - Classificação Dos Resultados de Enfermagem**. 5º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

LIMA, Aline Kedma Marques. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: aplicabilidade da prática na clínica médica de um hospital do interior. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n.1, p.379-396, 2018.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2018-2020/ [NANDA, International]**; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLIVEIRA, José Rodrigo Ferreira et al. Acidente vascular Encefálico (AVE) e suas implicações na qualidade de vida do idoso: Revisão Bibliográfica. **Temas em saúde**, v.17, n. 4, João Pessoa, 2017.

RAMOS; José Natanael da. et al. Sistematização da assistência de enfermagem um paciente com mobilidade física prejudicada sequelado por AVC. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2016.

REIS, Deyvylan Araujo; OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa. **Rede de Apoio e Necessidade Educacionais de cuidadores de idosos dependentes no contexto Amazônico**. 1ed. Curitiba: CRV, 2017.

ROSA, Janice da et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente portador de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, n.1, p. 124-137, 2016.

SANTOS, Igor Michel Ramos dos. et al. A importância da anamnese e do exame físico para a prática de enfermagem: relato sobre a experiência acadêmica. **GEP NEWS**, Maceio, v.2, n.2, p. 157-162, abr/jun. 2018.

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.89, n.3, p.24-79. 2017.

TRINDADE, Liliane Ribeiro. et al. Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. **Santa Maria**, v. 42, n.1, p. 75-82, jan/jun. 2016.

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO À CRIANÇA PORTADORA DE DISTROFIA DE DUCHENNE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kelvy Fernanda Almeida Lago Lopes

Enfermeira. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO. Doutoranda em Enfermagem-UFPI. Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias- MA.

Aliny de Oliveira Pedrosa

Enfermeira. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias-MA.

Allane Karoline Palhano de Oliveira

Fonoaudióloga. Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias-MA.

Anderson Ruaney Gomes Ramalho

Nutricionista. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, Caxias-MA.

Camila Batista Silva

Nutricionista. Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias-MA.

Jozilma Pereira de Araujo

Psicóloga. Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias-MA.

Maraisa Pereira Sena

Enfermeira. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Mestrado Profissional em Saúde da Mulher. Teresina- PI; Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias-MA.

Natália Pereira Marinelli

Docente. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ. Colégio Técnico de Teresina. Teresina- PI

Rosália Maria Alencar Soares

Assistente Social. Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI) Caxias-MA.

Sara Ferreira Coelho

Fisioterapeuta. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, Caxias-MA.

RESUMO: A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é a mais grave e a mais comum das distrofias musculares progressivas. É uma doença genética recessiva ligada ao sexo que afeta jovens do sexo masculino na proporção de 50% dos filhos, sendo que 50% das filhas são portadoras, com a incidência de 1:3500 meninos nascidos vivos e início dos sintomas nos primeiros anos de vida com evolução progressiva. O objetivo deste estudo foi relatar as características gerais de crianças com DMD e as condutas de enfermagem. De aporte bibliográfico e qualitativo do tipo relato de experiência, o cenário é a o Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI), na cidade de Caxias- MA, onde o estudo faz uma abordagem descritiva do atendimento de enfermagem à duas crianças, do sexo masculino, com diagnóstico de DMD. O CEAMI presta atendimento de maneira multiprofissional às crianças estratificadas

como alto risco. A consulta de enfermagem às crianças portadoras de DMD é realizada de maneira holística, onde notou-se que a progressão da doença ocorre no sentido caudal-cranial, com sintomas mais evidentes aos 5 anos de idade, onde ambos os casos apresentaram quedas frequentes, dificuldade para pular, saltar e correr, com progressão de deformidades ortopédicas, deficiência nutricional, imobilidade, complicações respiratórias, cardíacas e psicológicas. Diante do exposto, a percepção do enfermeiro em orientar os cuidados gerais, reforçando a necessidade do cuidado multiprofissional é de grande valia. Percebeu-se também que há carência na literatura com informações pertinentes às condutas de enfermagem, sendo este conhecimento essencial na tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE: Distrofia muscular do tipo duchenne; Enfermagem; Assistência

ABSTRACT: Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) is the most serious and most common progressive muscular dystrophy. It is a sexually recessive genetic disease that affects young males in the proportion of 50% of the children, and 50% of the daughters are carriers, with an incidence of 1: 3500 live births and onset of symptoms in the first years of life with progressive evolution. The objective of this study was to report the general characteristics of children with DMD and the nursing behaviors. A bibliographical and qualitative contribution of the type of experience report, the scenario is to the Center of Specializations in Maternal and Child Care (CEAMI), in the city of Caxias, MA, where the study makes a descriptive approach to nursing care for two children, male, with a diagnosis of DMD. CEAMI provides multiprofessional care to children stratified as high risk. The nursing consultation to the children with DMD is holistic, where it was observed that the progression of the disease occurs in the caudal-cranial direction, with symptoms more evident at 5 years of age, where both cases presented frequent falls, difficulty to jump, to jump and to run, with progression of orthopedic deformities, nutritional deficiency, immobility, respiratory, cardiac and psychological complications. In view of the above, the nurses' perception of guiding general care, reinforcing the need for multiprofessional care is of great value. It was also noticed that there is a lack in the literature with information pertinent to the nursing conducts, being this knowledge essential in the decision making.

KEYWORDS: Duchenne muscular dystrophy; Nursing; Assistance

1 | INTRODUÇÃO

A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é a mais grave e a mais comum das distrofias musculares progressivas. É uma doença genética recessiva ligada ao sexo que afeta jovens do sexo masculino na proporção de 50% dos filhos, sendo que 50% das filhas são portadoras, com a incidência de 1:3500 meninos e 1:2.500 meninas nascidos vivos e início dos sintomas nos primeiros anos de vida com evolução progressiva.

O sexo masculino é predominantemente afetado, sendo o este sintomático. O

sexo feminino, são constantemente portadoras da mutação e são assintomáticas, contudo, a possibilidade da mulher desenvolver a doença apenas em casos de Síndrome de Turner e de inativação do cromossomo X. As alterações responsáveis pela DMD podem acontecer de três formas distintas: a primeira acomete 65% dos casos e ocorre pela perda de uma parte do DNA; a segunda forma ocorre em 5% dos casos de duplicação de gene e em 30% ocorrem devido a mutação de ponto sem sentido (KRUK; RASKIN; FERRARI; 2015).

A DMD é causada por mutação do gene que codifica a proteína distrofina, que se encontra no braço curto do cromossomo X, em Xp21 (YIU; KORNBERG,2008). A mutação gênica mais comum é uma deleção, de tamanho variado, porém não se correlaciona com a intensidade da doença. A função da distrofina ainda não foi totalmente esclarecida, mas pode eventualmente desempenhar um papel na sinalização transmembrana e na estabilidade da membrana plasmática. Aceita-se que sua ausência pode romper o mecanismo normal da liberação controlada do cálcio, que é indispensável para a contração da fibra muscular, ou que sua ausência enfraquece as membranas dos miócitos, tornando tais células susceptíveis à ruptura do sarcolema durante a contração do músculo. Pode permitir também a entrada de excesso de cálcio e a ativação inadequada de proteases e fosfolipases com consequente dano da fibra muscular (BRASILEIRO FILHO,2000).

2 | OBJETIVOS

Relatar as condutas de enfermagem durante o atendimento à crianças com DMD em um centro especializado e descrever características gerais desta patologia.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como qualitativo de abordagem descritiva, do tipo relato de experiência, tendo suporte em evidências científicas. O cenário foi o Centro de Especialidades em Atendimento Materno Infantil (CEAMI), na cidade de Caxias- MA, onde o estudo faz uma descrição do atendimento de enfermagem à duas crianças, do sexo masculino, com diagnóstico de DMD.

O CEAMI presta um atendimento multiprofissional às crianças advindas da Estratégia Saúde da Família (ESF) e estratificadas como alto risco, onde estas recebem atendimento de pediatria, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e serviço social.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atendimento foi prestado à dois irmãos, sexo masculino, um com idade de 7 anos com evidente alteração da marcha, e o outro de 10 anos sem deambulação.

A consulta de enfermagem às crianças portadoras de DMD foi realizada de maneira holística, buscando informações desde a concepção, histórico familiar e pessoal, bem como as comorbidades e início dos sinais e sintomas associados à patologia.

Notou-se comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor, que é característica da própria doença, que corroboram com o que é descrito por Brasileiro 2000, sendo que a progressão da doença ocorreu no sentido caudal-cranial, com sintomas mais evidentes aos 5 anos de idade, onde ambos os casos apresentaram histórico de quedas frequentes, dificuldade para pular, saltar e correr, com progressão de deformidades ortopédicas, deficiência nutricional, imobilidade, complicações respiratórias, cardíacas e psicológicas.

De acordo com a literatura, as manifestações clínicas geralmente têm início a partir dos três anos de idade, evoluindo inicialmente com o enfraquecimento muscular. Tal enfraquecimento ocorre de maneira ascendente, simétrico e bilateral. Afetando preliminarmente os membros inferiores e região pélvica, progredindo para musculatura do tronco e de sustentação da postura, atingindo então cintura escapular, membros superiores, pescoço, finalizando nos músculos respiratórios (KRUK; RASKIN; FERRARI, 2015).

Devido a essa fraqueza muscular, a musculatura responsável pela extensão de joelho e quadril já não é eficaz e impossibilita a extensão de tronco ao se levantar do chão, gerando o chamado sinal de Gowers. Esse sinal é bem característico do paciente com DMD, onde a criança ao se levantar do chão precisa do apoio das duas mãos no chão, em seguida as apoiando em seus membros inferiores, eleva a pelve, apoia as mãos na coxa para ficar em pé (MARIANO, SEVILHA & SOUTO; 2009).

Com a progressão da doença a marcha se torna ainda mais alterada. Nesta caso, a pélvis é levada para trás e o abdômen para frente. Devido a fraqueza muscular é comum os pacientes com DMD alterações osteoarticulares, como escoliose, e alterações na caixa torácica gerando comprometimento de toda biomecânica respiratória. Ao se somar tal fato a fraqueza da musculatura respiratória verifica-se a redução das capacidades e volumes pulmonares e ainda ineficiência da tosse (CAROMANO et al., 2010).

Kruk, Raskin e Ferrari (2015) apontam que com a dificuldade respiratória, infecções pulmonares, sendo a primeira causa de óbito dentre estes pacientes. A segunda causa, seria referente ao sistema cardiovascular. Nos pacientes com DMD as cardiomiopatias são frequentemente descritas, em especial aquelas que compreendem o ventrículo esquerdo, fibrose miocárdica focal e taquicardias. Tais alterações podem se tornar mais graves se somadas com deformidades da caixa torácica, por comprimir o coração e comprometer a capacidade pulmonar.

Segundo Cabonero, Zago, Campos, 2012, a evolução dos sintomas é generalizada e irreversível, de forma simétrica e ascendente, incapacitando a deambulação entre nove e treze anos. Posteriormente o paciente terá que utilizar uma cadeira de rodas

para se locomover. (KRUK; RASKIN; FERRARI, 2015). Fernandes et.al, 2014 ressaltam que os pacientes confinados a cadeira de rodas após a perda da marcha, agrava as deformidades de coluna e membros inferiores, interferindo na independência funcional e autoestima.

Nas doenças neuromusculares, principalmente na DMD, pode ocorrer insuficiência ventilatória que, quando associada às infecções pulmonares, constitui a causa mais frequente de morbidade e mortalidade (OTSUKA, 2005). Em relação a esses comprometimentos respiratórios, técnicas como controle respiratório e relaxamento progressivo são essenciais para proporcionar redução da ansiedade, uma vez que os pacientes em fase final da doença apresentam dificuldades com relação a isso (SANTOS et al., 2006).

Nota-se que tal distrofia exige do enfermeiro conhecimentos técnicos-científicos, para a realização da anamnese, exame físico e solicitação/avaliação de exames, como dosagem sérica de enzimas, eletrocardiograma (GOMES, 2011).

Nesse momento a Enfermagem objetiva ensinar o paciente no tratamento do autocuidado, onde o paciente e a família necessitam de informações e instruções sobre o distúrbio, sua evolução prevista e as estratégias de cuidado e tratamento que otimizarão o crescimento, desenvolvimento e estado físico e psicológico do paciente (SANTOS et al., 2006).

Grande parte das crianças com DMD são conduzidas aos serviços de saúde tardiamente, como foram os casos recebidos, em especial para uma equipe multiprofissional, atrasando o seu diagnóstico e o início das intervenções. Na literatura não há um consenso ou razão para que este diagnóstico ocorra de forma tardia. Porém, há hipóteses acerca da não relevância pelos primeiros sintomas, tanto por parte da família como do profissional de saúde (MOREIRA, 2008).

No âmbito da enfermagem, o alicerce do tratamento se torna a orientação aos familiares e dos próprios pacientes, de acordo com a sua faixa etária, sobre todos os aspectos relevantes acerca da doença (MORAES; FERNANDES; ACOSTA, 2011). Nesse aspecto a enfermagem possui como objetivo favorecer o autocuidado do paciente, garantir sua segurança física, manter uma nutrição adequada e auxiliar os familiares e/ou cuidadores (FREITAS et al., 2013).

Todo esse cuidado da enfermagem une-se a humanização do cuidado. O cuidado nestes casos vai além de uma simples visita domiciliar, abrange também a criação de um vínculo de segurança e confiança entre a família/paciente com o profissional, sendo assim capaz de atender todas as necessidades do paciente e de seus familiares através de uma visão holística (FREITAS et al., 2013).

Assim, essa composição de informações resultou no estabelecimento de orientações e condutas que levam aos diagnósticos de enfermagem. Já que a sintomatologia afeta as crianças de maneira global, na consulta foi enfatizado ao cuidador orientações acerca da doença, análise do estado vacinal, avaliação nutricional e psicológica, utilização de cadeira de rodas para locomoção da criança maior, dando

ênfase neste momento ao cuidado compartilhado com os demais profissionais do circuito CEAMI, agregando um conjunto de cuidados indispensáveis aos menores, bem como a importância do cuidador, diante impossibilidade do autocuidado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, atuar na assistência de enfermagem ao portador de DMD, exige percepção do enfermeiro, em orientar os cuidados gerais e reforçar a necessidade do cuidado integral como sendo indispensável.

Assim o cuidado de enfermagem somado ao multiprofissional, pôde viabilizar de maneira eficaz estratégias na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dessas crianças com DMD, bem como de seu cuidador, contemplando todos os aspectos vitais necessários.

É necessário enfatizar que se percebeu a carência de literatura, de informações mais precisas e eficazes acerca das condutas de enfermagem, sendo este conhecimento essencial na tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

BRASILEIRO FILHO; G. **Bogliolo patologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

CARBONERO F.C, ZAGO G.M, CAMPOS D. **Tecnologia assistiva na distrofia muscular de Duchenne**: ISSN 2236-5834 9 aplicabilidade e benefícios. Revista Neurociência, 2012;20(1):109-116

CAROMANO, F.A.; GOMES, A.L.O.; PINTO, A.N.; GÓES, E.R.; HIROSUE, L.N.; ASSIS, S.M.B. CARVALHO, E.V. **Correlações entre massa de gordura corporal, força muscular, pressões respiratórias máximas e função na Distrofia Muscular de Duchenne**. ConScientiae Saude, v.9, n.3, p.423-429, 2010.

FERNANDES L.A.Y, CAROMANO F.A, ASSIS S.M.B, HUKUDA M.E, VOOS M.C, CARVALHO E.V. **Relationship between the climbing up and climbing down stairs domain scores on the FES-DMD, the score on the vignos scale, age and timed performance of functional activities in boys with Duchenne muscular dystrophy**. Brazilian Journal of Physical Therapy, 2014;(18)6:513-520

FREITAS, M.M.; MOTA, E.O.; CRUZ, G.K.A.; SILVA, F.S.; CARVALHO, J.G.; RITA, K.B.S.; MENEZES, L.S.; JESUS, M.S.; SILVA, A.M.L. **Assistência de enfermagem nas complicações respiratórias da Distrofia Muscular de Duchenne**. Interfaces Cient. Saude Amb., v.2, n.1, p.49-57, 2013.

GOMES, A.L.O. et al. **Desempenho motor e funcional na Distrofia Muscular de Duchenne: estudo de um caso**. J Health Sci Inst. 2011;29(2):131-5

KRUK, T.; RASKIN, S.; FERRARI, L.P. **Distrofia muscular de duchenne: estudo retrospectivo de uma família com diagnostico confirmado**. Caderno da Escola de Saúde, Curitiba, V.2, N.14:132-52, 2015.

MARIANO, W.S.; SEVILHA, R.C.C.C.; SOUTO A. **Aspectos genéticos, fisiológicos e clínicos de um paciente com distrofia muscular de Duchenne**. SARE sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas 2009; 13(1): 107-123.

MORAES, F.M.; FERNANDES, R.C.S.C.; ACOSTA, E.M. **Distrofia Muscular de Duchenne: relato de caso.** Rev. Cient. FMC, v.6, n.2, 2011.

MOREIRA, A.S.S. **Fatores relacionados á demora no diagnóstico de Distrofia Muscular de Duchenne. A visão da família.** Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2008.

OTSUKA, M. A.; BOFFA, C.F.B.; VIEIRA, A.B.A.D.M. **Distrofias Musculares: Fisioterapia Aplicada.** 2. ed. São Paulo: Revinter, 2005.

SANTOS, N. M.; REZENDE, M.M.; TERNI, A.; HAYASHI, M.C.B.; FAVERO, F.M.; QUADROS, A.A.J.; REIS, L.I.O.; ADISSI, M.; LANGER, A.L.; FONTES, S.V.; OLIVEIRA, A.S.B. **Perfil clínico e funcional dos pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne assistidos na associação brasileira de distrofia muscular (ABDIM).** Revista Neurociências, v. 14, n.1, 2006.

YIU, E.M.; KORNBERG, A.J. **Duchenne muscular dystrophy.** Neurol India.2008;56:236-47

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: ECLÂMPSIA E PRÉ-ECLÂMPSIA

Dália Rodrigues Lima

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IESM – Timon-MA

Francisca Maria Pereira da Cruz

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IESM – Timon-MA

Luiza Cristiny Sousa

Graduada em Enfermagem pela Faculdade IESM – Timon-MA

Maria Jucileide Alves

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio CEUT- Teresina- PI

Mônica Dias da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade IESM – Timon-MA

Amanda Penha de Sousa Carvalho

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio CEUT- Teresina- PI

Marcella de Souza Costa

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio CEUT- Teresina- PI

Celiana Osteni da Silva

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio CEUT- Teresina- PI

Luana de Góis da Silva Fernandes

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio CEUT- Teresina- PI

Thatielly Rodrigues de Moraes Fé

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Estácio CEUT- Teresina- PI

RESUMO: A gravidez, mesmo sendo um acontecimento normal na vida das mulheres, em uma parcela destas pode ser considerada de risco, com influência não apenas para elas, como também para a família e a sociedade a que pertence. Aproximadamente 20% das gestantes apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável. A Organização Mundial de Saúde notifica que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério. **OBJETIVO:** Avaliar a atuação da enfermagem no atendimento as emergências obstétricas, na pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **MÉTODOS:** Diante da proposta de observar a atuação de enfermagem, buscando compreender as relações do estudo com uma revisão de bibliografia, sendo encontrados 15 artigos com as características do tema, e com os descritores: Enfermagem, emergências obstétricas, eclâmpsia. **RESULTADOS:** Mostrou-se no desenvolvimento do estudo que o assunto é preocupante, tendo como o uso principal a identificação do diagnóstico para as duas complicações a rapidez do profissional, sendo usado o NANDA, para o diagnóstico de Enfermagem, na classificação do domínio sete, risco de paternidade ou maternidade prejudicada, por fatores de risco de: grandes números de gestações, doenças físicas, ambiente doméstico comprometido, cuidado

pré insuficiente, gravidez indesejada. E o NIC (Nursing Interventions Classification), para as intervenções necessárias aos cuidados no pré- Natal, discutir a importância de participação nos cuidados pré-Natais durante toda a gestação, o NOC é usado como classificação dos Resultados de Enfermagem, para um futuro conforto entre mães, o pai e filhos. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o aperfeiçoamento técnico e científico do enfermeiro, adquirido de maneira reflexiva, pode contribuir significativamente no acompanhamento dessas gestantes dentro de uma equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto materno quanto fetal, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, emergências, gravidez.

NURSING ACTIVITIES IN RESPECT TO OBSTETRIC EMERGENCIES:

ECLAMPSIA AND PRE-ECLAMPSIA

ABSTRACT: Pregnancy, even though it is a normal occurrence in women's lives, can be considered as a risk, not only for women but also for the family and society to which they belong. Approximately 20% of pregnant women are more likely to develop unfavorably. The World Health Organization reports that, worldwide, there are 585,000 deaths of women each year as a result of complications related to pregnancy, childbirth or the puerperium. **OBJECTIVE:** To evaluate the performance of nursing care in obstetric emergencies, in pre-eclampsia and eclampsia. **METHODS:** In view of the proposal of observing the nursing performance, seeking to understand the relationship of the study with a bibliographical review, 15 articles were found with the characteristics of the theme, and with the descriptors: Nursing, obstetric emergencies, eclampsia. **RESULTS:** It was shown in the development of the study that the subject is worrying, having as the main use the identification of the diagnosis for the two complications the professional speed, being used the NANDA, for the Nursing diagnosis, in the classification of the seven domain, risk of paternity or impaired motherhood, due to risk factors of: large numbers of pregnancies, physical illnesses, compromised domestic environment, insufficient pre-pregnancy care, unwanted pregnancy. And the NIC (Nursing Interventions Classification), for the interventions necessary for pre-Natal care, discuss the importance of participation in pre-natal care throughout pregnancy, NOC is used as a classification of Nursing Outcomes for future comfort between mothers, father and children. **CONCLUSION:** We conclude that the nurses' technical and scientific improvement, acquired in a reflexive way, can contribute significantly to the follow-up of these pregnant women within a multidisciplinary team and, consequently, achieve balance and well-being, both maternal and fetal, in the diagnostic and therapeutic procedures.

KEYWORDS: Nursing, emergencies, pregnancy.

1 | INTRODUÇÃO

Durante o processo de enfermagem uma das identificações é a prescrição e implementação das ações de cuidado com a saúde da grávida. O enfermeiro passa a contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (COSTA et al., 2017).

Nesse contexto uma das formas de organizar por ordem os cuidados a enfermagem adota uma das estratégias conhecida como Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é uma das ferramentas que garante o atendimento imediato a gestante caso esteja com grau de risco elevado para as emergências obstétricas (DROGUETT et al., 2018).

Uma das fases em que a mulher e a família estão mais ansiosas é na gestação, essa fase é um fenômeno fisiológico que pode ter uma evolução sem intercorrências, pelo qual a gestante vai ter um atendimento baseado sem ou com riscos dependendo da evolução gestacional. Por vezes quando tem algumas intercorrências a mãe ou o feto são caracterizados com uma gravidez de alto risco (PRADO et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde 2016, vários fatores podem levar a uma gestação de alto risco; entretanto, os mais comuns são agrupados em quatro grupos: características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual; e intercorrências clínicas. A pré-eclâmpsia, uma das formas de hipertensão presente na gestante, enquadra-se entre as doenças obstétricas na gravidez assim como a evolução para a eclâmpsia. A Organização Mundial de Saúde notifica que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres, a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério.

Segundo Ferreira et al., 2016 dentre as morbidades do alto risco para uma gestante, estão as síndromes hipertensivas, elas estão sendo uma das causas de morte materna em todo o mundo, correspondendo por uma porcentagem de 14% dos casos de óbitos maternos. A emergência obstétrica conhecida como pré- eclâmpsia é uma das causas conhecidas de maior risco a partir da 20ª semana de gestação, ela pode ser diagnosticada em duas fases leve ou grave, ela é conhecida por ser uma doença sistêmica com característica de alto risco a resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e ainda pelo o aumento da resistência vascular generalizada.

A sistematização em relação ao cuidado e organização para assistência de enfermagem de qualidade diante da gestante é bem especializado através de protocolos obstétricos. Assim o objetivo é avaliar a atuação da enfermagem no atendimento as emergências obstétricas, na pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, qualitativa, utilizando dados secundários sobre a proposta de observar a atuação de enfermagem, buscando compreender as relações do estudo com uma revisão de bibliografia no Brasil.

A revisão integrativa da literatura é um estudo de relevância que apresenta dados atualizados relacionados ao interesse do tema discutido, visado um contexto sobre o problema, discussões e sobre as reflexões do conhecimento sobre a temática (CROSSETTI, 2012).

Na abordagem qualitativa, contribui para o leitor entender como ocorre o desenvolvimento dos participantes, como se desenvolveu a amostra do estudo, relatando a interpretação do pesquisador com o objeto que o estudo apresenta (MEDEIROS, 2014).

O estudo teve como questão norteadora: Quais as atuações do enfermeiro em gestantes com eclâmpsia ou pré- eclâmpsia?

O período da coleta de dados foi de maio de 2018 a julho de 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde-BVS, por meio das bases de dados Latino-Americana, Caribe em Ciências da Saúde- LILACS, Scientific Electronic Librany Online- SciElo e na Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe-LEYES. O recorte temporal foi de 2014 a 2018, nessa sistematização do número de artigos foram usados o operador booleano “OR” e para facilitar os descritores: enfermagem, emergências obstétricas e eclâmpsia.

Sendo encontrados 935 artigos com as características do tema, como fator de inclusão foram usados os descritores: Enfermagem, emergências obstétricas, eclâmpsia, artigos em português e inglês. Já o fator de exclusão foram os artigos incompletos na estrutura científica, com recorte menor que cinco anos de publicados, e que os que além da eclâmpsia e pré-eclâmpsia tivesse outra emergência obstétrica.

Para a seleção dos artigos do estudo foi aplicado a iniciativa de STROBE que oferece um modelo que poderá chegar no objetivo final das publicações de estudos semelhante. Nesse sentido foram pontuados no item 18 os artigos. Sendo assim foram excluídos 725 artigos pois os mesmos apresentaram 100% de distorcia do sentido do estudo.

Para análise dos outros estudos foi elaborada uma tabela com critérios de excluir o máximo de artigos possíveis que não contribuísse para o estudo, foram avaliados o título, resumo, discussão e os resultados dos estudos, nesse aspecto foram eliminados bastante estudos, tendo como resultado 48 artigos. Para mais uma análise dos estudos as autoras elaboram um esquema que os artigos restantes deveriam apresentar: título, autores, ano da publicação, país de publicação, o tipo de pesquisa, idioma, e o STROBE do estudo em análise semelhante ao objetivo da pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os artigos na íntegra e com eles foi possível elaborar a tabela a seguir que representa a distribuição final dos artigos utilizados para o estudo.

Autores	Título	Ano
AMORIM, F.C.M	Profile of pregnant women with pre-eclampsia	2017
COSTA, E. S et al.	Processo de enfermagem em unidades de atendimento de urgência e emergência	2018
DINIZ, C.S. G et al	Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nascer no Brasil (2011-2012)	2017
DROGUETT, T. C. et al	Percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência	2018
EMILY, S et al	Antenatal and intrapartum interventions for preventing cerebral palsy: na overview of Cochrane systematic reviews	2017
FERREIRA, M..B.G et al	Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e /ou eclâmpsia: revisão integrativa	2016
NECÉSIO, M. G. et al.	Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais	2018
OLIVEIRA, S et al.	Nursing care of gestational hypertensive disorder in a low-risk obstetric hospital.	2018
PRADO et al.	Pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intrauterino (RCIU): estudo de caso	2016
PRADO, I. F. et al.	Hipertensão arterial durante a gravidez	2017
RODRIGUES, A.S et al.	Assistência Farmacêutica no âmbito de cuidados as gestantes com hipertensão arterial	2018
SILVA et al.	Recursos humanos e materiais no pré-natal: valores úteis para a garantia da humanização do cuidado às gestantes	2018

Tabela 1. Características dos estudos quanto aos autores Título e ano de Publicação.

FONTE: Bases de dados/2018

O resultado do estudo mostrou-se no desenvolvimento que o assunto é preocupante, tendo como o uso principal o papel do enfermeiro na identificação do diagnóstico de enfermagem, na classificação do NANDA, para as intervenções enfermeiro pode usar o NIC (Nursing Interventions Classification) e ainda pode usar o NOC onde o profissional pode classificar os resultados para um conforto entre as gestantes e os bebês.

Atuação do enfermeiro no atendimento das gestantes com eclâmpsia e pré-eclâmpsia

Na assistência do pré-natal o objetivo é a humanização, acolhendo a mulher

desde o início da gestação, tendo como êxito a promoção da saúde da gestante e do feto. O processo de enfermagem deve conter o processo completo de organização com essa gestante desde os exames clínicos e laboratoriais durante as consultas do pré-natal completas, fazer orientações, identificar a situação de risco, se está alta ou baixa para desenvolver a eclâmpsia ou pré- eclâmpsia, e aplicar as intervenções corretas do Processo da Assistência de Enfermagem (NICÉSIO et al., 2018).

As políticas de saúde em relação a saúde da mulher no Brasil têm buscado uma assistência mais ampla e especializada em especial no período da gestação, devido os problemas sociais e econômicos ou reprodutivos em relação a saúde tanto da mãe como do bebê (SILVA et al.,2018).

Segundo o Ferreira, et al 2016, desde 2010 cerca de 800 mulheres morreram em decorrência da gravidez ou parto. As síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking favorável para as causas de mortes maternas. Ainda tem-se o alerta que essas síndromes classificadas em pré-eclâmpsia, eclâmpsia estão alcançando um índice de 22% de óbitos na América Latina. A pré-eclâmpsia é uma desordem que pode ocorrer logo após a 20ª semana de gestação ou pode ocorrer até em 48 horas pós- parto. Chega a atingir de 5- 8% de todas as gestações e se caracteriza por aumentar a pressão arterial da gestante.

As síndromes hipertensivas da gravidez podem se desencadear com danos prejudiciais tanto para a mãe como para o feto, por isso a relevância do profissional de enfermagem conhecer e compreender como ocorre o processo complexo que interfere na evolução da gravidez, incluindo todos os fatores de leves ou altos riscos. Por isso as implicações sobre as atuações e capacitações desses profissionais são um desfecho relevante para o objetivo de intervenção e implicações na saúde da mulher, a promoção de saúde, as indicações de medidas preventivas sobre os fármacos, os exercícios físicos, a educação da gestação aumenta a chance dessa gravida ser identificada tanto na atenção primária como na secundária ou terciária, assim diminui o número de mortalidade das gestantes e dos bebês (PRADO et al., 2017).

4 | CONCLUSÃO

Assim a proposta do estudo em buscar na literatura estudos sobre a intervenção da enfermagem nas emergências obstétricas em relação a eclâmpsia e pré-eclâmpsia, está na implementação dos cuidados de educação e desenvolvimento na estratégia utilizada com a gestante, o índice de mortalidade tem diminuído se essa gestante fizer um acompanhamento dando continuidade com todas as etapas de gestação. Além disso segundo a busca do objetivo do estudo os profissionais devem estar ou serem capacitados para ter recursos disponíveis na sua atuação emergencial.

Por tanto, com as estratégias e mudanças educacionais de conhecimento tanto do profissional como das gestantes, as práticas obstétricas acontecem de forma

favorável e serena para todas as partes envolvidas. Sendo assim torna-se necessários a intervenção de inseris políticas públicas da saúde que além de incentivar o público envolvido, possa serem colocada em práticas em todas as regiões do país, diminuindo assim o número de mortalidade materna.

Conclui-se que o aperfeiçoamento técnico e científico do enfermeiro, adquirido de maneira reflexiva, pode contribuir significativamente no acompanhamento dessas gestantes dentro de uma equipe multidisciplinar e, conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto materno quanto fetal, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, F.C.M. **Profile of pregnant wonen with pre-eclampsia**. Rev. Enferm UFPE.n.11. v.4. p. 1574-1583. 2017.

COSTA, E. S et al. **processo de enfermagem em unidades de atendimento de urgência e emergência: uma revisão integrativa**. Rev. uningá. n. 1. v.53, 2018.

CROSSETTI, M. G. O. **Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido**. Rev. Gaúcha Enferm. n. 33.v.2. p.8-9, 2012.

DINIZ, C. S. G et al. **Desigualdades sociodemográficas e na assistência á maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pela: dados do inquérito Nascer no Brasil (2011- 2012)** Rev. saúde soc. n.3.v.25.p.561-572. 2017.

DROGUETT, T. C. et al; **percepção da enfermagem sobre a qualidade do acolhimento com classificação de risco do serviço de emergência**. Rev. Enferm UFSM. n. 8. v.3. p. 518-529, 2018.

EMILY, S et al. **Antenatal and intrapartum interventions for preventing cerebral palsy: na overview of Cochrane systematic reviews**. BVS. n.8. 2017.

FERREIRA, M. B.G et al., **assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e /ou eclâmpsia: revisão integrativa**. Rev Esc Enferm. n. 50. v.2.p.320-330.2016.

NECÉSIO, M. G. et al. **Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais**. Rev. LIBERTAS. n.1. v.8.p 70- 84. 2018.

MEDEIROS M. **Pesquisas de abordagem qualitativa**. Rev Eletr Enfermagem. n.14. v.2. p. 224-255, 2014.

OLIVEIRA, S et al. **Nursing care of gestational hipertensive disorder in a low-risk obstetric hospital**. Rev. Cuid. Bucaramanga. n.8.v.2. p.1561-1572. 2018.

PRADO et al. **Pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intrauterino (RCIU): estudo de caso**. SEMPES. n. 18. Anais.2016.

PRADO, I. F. et al. **Hipertensão arterial durante a gravidez**. Rev. Port de Ciênc do Desporto. n.1. v. 1. p. 65-77. 2017.

RODRIGUES, A.S et al., **Assistência Farmacêutica no âmbito de cuidados as gestantes com hipertensão arterial**. Rev. Ciên. EDESP. n.9. v.1. p. 540-546. 2018.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 2. Ed. São Paulo: Crotez, 2017.

SILVA et al. **Recursos humanos e materiais no pré-natal: valores úteis para a garantia da humanização do cuidado às gestantes**. Rev. de enferm. do centro-oeste M. n.8. v.1. p. 28-31. 2018.

CONCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE ADOÇÃO POR CASAIS HOMOAFETIVOS

Luana Kerolayne de Sousa Pereira

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, PI,
Brasil

Maria da Consolação Pitanga de Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, PI,
Brasil

Magda Coeli Vitorino Sales Coelho

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, PI,
Brasil

Adélia Dalva da Silva Oliveira

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, PI,
Brasil

Fernanda Cláudia Miranda Amorim

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina, PI,
Brasil

RESUMO: A adoção caracteriza-se por um processo que possibilita a pessoa a obter uma família que não seja biológica. A adoção de crianças e adolescentes por casais homoafetivos é vista como um direito implantado e garantido pelo Estado Brasileiro nos termos da Carta Magna de 1988. Desta forma, há uma real necessidade sóciojurídica de desmistificar a adoção de uma criança ou adolescente por casais homossexuais. Assim, objetivou-se apreender as concepções da adoção homoafetiva elaboradas pelos acadêmicos de Enfermagem e descrever conceitos preconcebidos sobre adoção

por casais homoafetivos nos discursos dos acadêmicos. Desenvolveu-se este estudo, de caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, fundamentado no método do Discurso do Sujeito Coletivo, realizado em uma Capital do nordeste brasileiro, com 21 discentes do curso de graduação em Enfermagem. Utilizou-se o software IraMuTeQ e o método da Classificação Hierárquica Descendente para tratamento dos dados. Os resultados analisados segundo a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. Após análise emergiram sete ideias centrais: Formação do Enfermeiro sobre o cuidado à criança adotada por casais homoafetivos; Distinção de gênero desenvolvida no mundo pelo Bullying; Adoção por casais heterossexuais versos à adoção homoafetiva; Família como exemplo de amor e respeito nas relações; A realidade social da adoção homoafetiva; A realidade do convívio mãe e pai sobre homossexualidade e por fim o: Papel na família tradicional da figura homem e mulher. Observou-se a representação do princípio do melhor interesse ao adotado.

PALAVRAS-CHAVE: Adoção; Sexualidade; Preconceito; Estudante de Enfermagem.

CONCEPTIONS OF ACADEMICS OF NURSING ON ADOPTION BY HOMOAFFECTIVE COUPLES

ABSTRACT: Adoption marks a process, which enables a person to obtain a nonbiological family. Adoption of children and teenagers by same-sex couples is an implanted right and guaranteed by the Brazilian State as per the Constitution of 1988. As such, there is a real socio-legal necessity to demystify the adoption of children and teenagers by same-sex couples. Consequently, this study aims at apprehending the social representations of adoption by same-sex couples elaborated by academics of Nursing and describe preconceived notions about adoption by same-sex couples in their speech. This paper was developed in a descriptive and exploratory manner and with a qualitative approach, as well as based from Collective Subject Discourse, conducted in a Capital of Northeastern Brazil, with 21 students of the undergraduate course in Nursing. We used the IraMuTeQ software and the Descending Hierarchical Classification method for data processing. The results were analyzed according to the methodological strategy of the Discourse of the Collective Subject. After analysis, seven central ideas emerged: Nursing Training on child care adopted by homosexual couples; Distinction of gender developed in the world by Bullying; Adoption by heterosexual couples verses to homoaffective adoption; Family as an example of love and respect in relationships; The social reality of homoaffective adoption; The reality of mother and father conviviality about homosexuality and finally the role in the traditional family of the man and woman figure. It was observed the representation of the principle of best interest to the adopted.

KEYWORDS: Adoption. Sexuality. Prejudice. Nursing student.

1 | INTRODUÇÃO

A adoção caracteriza-se por um processo que possibilita a pessoa obter uma família que não seja biológica. O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece alguns direitos para o adotado no processo de adoção, a saber: à sucessão e ao nome, dentre outros direitos. O adotado possui os mesmos direitos de um filho consanguíneo, e cabe à nova família o dever de garantir um ambiente saudável para o desenvolvimento da criança (BRASIL, 1990).

No Brasil, desde 2011 a união estável por casais homoafetivos possibilitando a adoção pelos mesmos passou a ser admitida. Não existe motivo para ilicitude, ou seja, ilegalidade da adoção por casais homoafetivos segundo o ECA. A orientação sexual não deve ser critério de exclusão ou hierarquização de candidatos à adoção (BRASIL, 1990).

Para o Estado Brasileiro o que mais importa são os benefícios que a adoção traz para vida da criança, a garantia dos direitos assegurados para seu desenvolvimento pleno. O conceito de família contemporânea não se baseia somente no modelo nuclear "pai, mãe e filho", mas sim no respeito às particularidades de cada um de

seus membros, independentemente de laços consanguíneos, por exemplo, as famílias constituídas por casais homossexuais, com ou sem crianças (SANTOS; SANTANA, 2015).

A Constituição Federal de 1988 em seu art. artigo 5º, tendo como fundamental a dignidade da pessoa humana, consagra o princípio da igualdade e estabelece que todos são iguais perante a lei e que não deve existir distinção por classe social, cor, crença ou quaisquer outros critérios (BRASIL, 2011).

Reprovar a homoafetividade contraria o princípio da dignidade da pessoa humana, pois desrespeita a liberdade de cada um. A adoção de crianças e adolescentes por casais homoafetivos é vista como um direito implantado e garantido pelo Estado Brasileiro nos termos da Carta Magna de 1988 ⁽³⁾. Dessa forma, há uma real necessidade sóciojurídica de desmistificar a adoção uma criança ou adolescente por casais homossexuais, tendo em vista os princípios fundamentais da dignidade da pessoa humana e isonomia (FREITAS; GUIMARÃES, 2016).

Neste contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) baseia-se em universalidade, integralidade e equidade, todos esses princípios devem ser respeitados pelos profissionais da saúde, sendo necessários conhecimentos e pensamentos humanísticos sobre os aspectos de acolher os casais dentro de ambiente domiciliar, ambulatorial e hospitalar. Os profissionais de saúde especialmente de Enfermagem devem estar instruídos sobre a temática para que possa aumentar a resolutividade no serviço, a formação de Enfermeiros é crucial para o desenvolvimento de atividades com caráter equitativo e humanizado (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo apreender as concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre a adoção por casais homoafetivos, como também de descrever conceitos preconcebidos sobre adoção por casais homoafetivos nos discursos dos acadêmicos.

2 | MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior, localizada em uma Capital do Nordeste Brasileiro, com 21 acadêmicos de Enfermagem que atenderam aos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, devidamente matriculados na instituição entre o 7º e o 9º período do curso. A escolha dos discentes nestes períodos deve-se ao fato de que a partir do 7º período o acadêmico torna-se mais seguro quanto aos seus conceitos, habilidades e competências profissionais.

Foram excluídos os transferidos de outras instituições, devido à possibilidade de divergência na matriz curricular, e os que estiveram ausentes no período da coleta por motivo de Licença Médica.

A coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2018 por meio

de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado com pergunta abordando sobre as concepções de Acadêmicos de Enfermagem Sobre Adoção por Casais Homoafetivos, além de um formulário para o levantamento dos dados de caracterização sociodemográfica dos participantes. Os participantes assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização das entrevistas. A coleta deu-se por encerrada ao perceber a repetição das ideias centrais nos discursos, dessa forma utilizou-se da técnica de saturação das falas para definição do número de participantes (FONTANELLA *et al.*, 2011).

Para organização dos dados foram transcritas as entrevistas na íntegra e agrupadas para formar um *corpus* textual, que posteriormente foi processado utilizando-se *software* IRaMuTeQ (acrônimo de *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Optou-se por utilizar um *software* nessa fase do estudo, devido ao rigor estatístico, transparência e sistemática conferida ao processo (CAMARGO; JUSTO, 2013), além do tempo utilizado para o processamento, que foi de 23 segundos, o que facilita o processo nessa etapa. Vale ressaltar, que o uso *software* não configura método de análise, esta etapa coube aos pesquisadores que interpretaram e denominaram cada classe analisada.

Os dados foram tratados pelo método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os segmentos de textos (depoimentos) são classificados em função de seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles se divide pela frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes que cruzaram segmentos de textos e palavras obtém-se uma classificação estável e definitiva por meio de repetidos testes X^2 . Em seguida, procedeu-se a identificação das expressões-chave retiradas dos discursos dos entrevistados que complementaram os achados da CHD e permitiram a delimitação dos discursos em classes definitivas.

A análise dos resultados fora ancorada no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), uma técnica de tabulação e organização de depoimentos. Por meio dessa técnica as falas, denominadas dados empíricos de natureza verbal, são organizadas e tabuladas, baseadas na identificação de expressões-chave e posterior determinação das ideias centrais, de forma que o pensamento coletivo possa ser apreendido e agrupado em categorias (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Os trechos mais significativos, compreenderam as expressões-chaves (ECH) que delas originam-se a Ideias Centrais (IC) representada pela síntese do conteúdo discursivo manifestado pelos participantes do estudo. A partir desses elementos construiu-se discursos-síntese na primeira pessoa, que são os DSC, que correspondem ao pensamento do grupo ou coletividade sobre a adoção por casais homoafetivos.

O estudo obedeceu a todos os princípios éticos em pesquisa sendo aprovado por um comitê de ética e pesquisa com o parecer nº 1.847.465.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 21 acadêmicos de Enfermagem, sendo 16 do gênero feminino e 5 do gênero masculino, com idade entre 21 e 33 anos, sendo dos quais 03 são casados e 18 solteiros. Dentre eles, 15 eram católicos, 05 evangélicos, e 01 afirmou ser agnóstico teísta. Com relação aos depoimentos, o IraMuTeQ reconheceu no corpus 139 segmentos de texto, com 4972 registros de ocorrências e aproveitamento de 87,77% do seu total. Por intermédio da CHD, que cruza matrizes dos segmentos de texto e palavras, obtivemos sete classes originadas de quatro eixos.

Conforme está descrito no dendograma (Figura 1), o corpus foi dividido em quatro eixos, do eixo 1 surgem três subcorpus, esse se ramifica e dá origem a classe 6, que sofre ramificação que engloba as classes 1 e 5, nessas suas significações estão imbricadas em sentidos representacionais. Num segundo momento, o eixo 2 divide-se em dois, e dele se originam as classes 4 e 3, que se correlacionam e se sustentam. Em seguida, após novo cruzamento dos dados, o eixo 3 se ramifica e dele determina-se a classe 2. E finalmente, do eixo 4 obtém-se a classe 7.

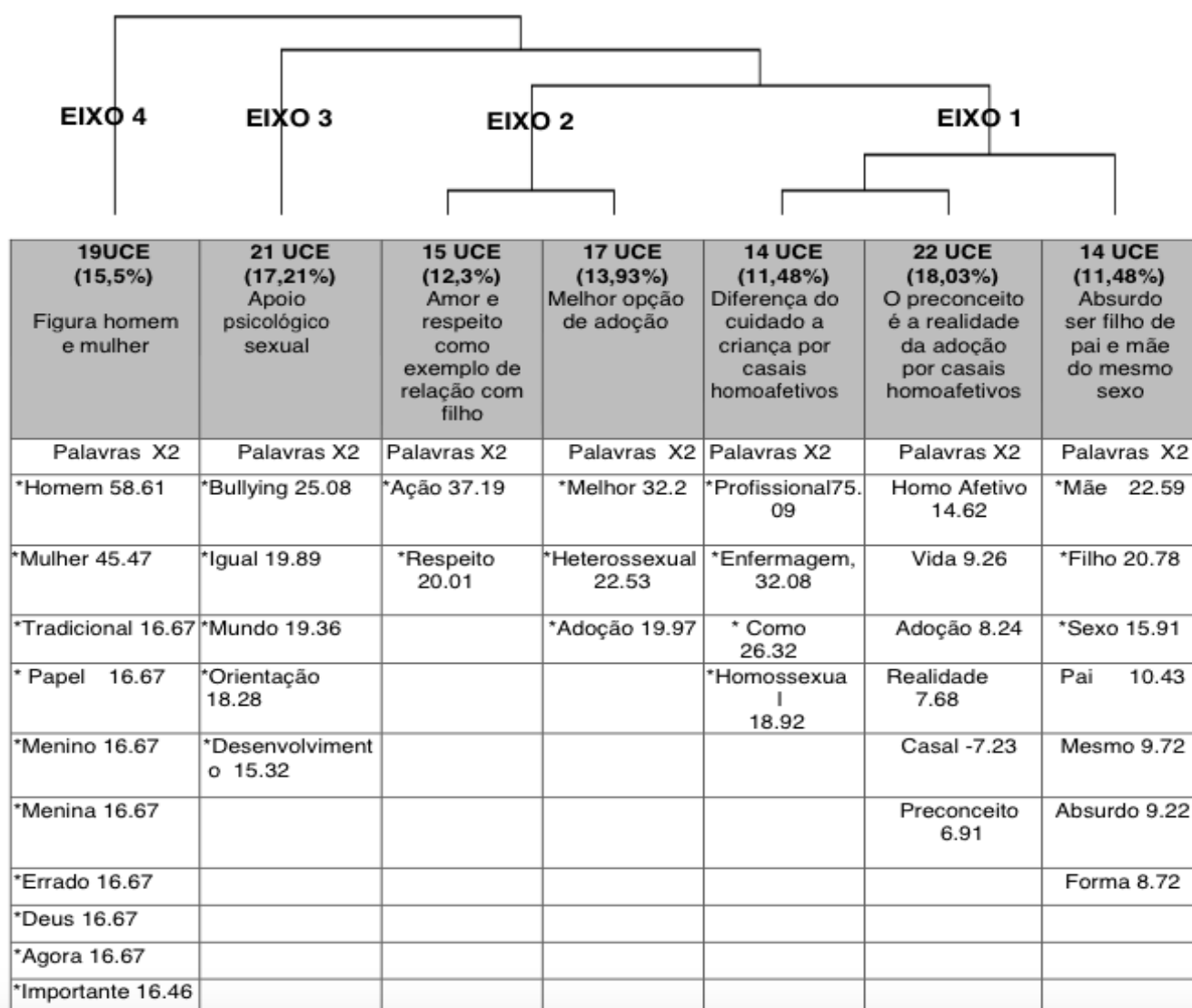


Figura 1- Dendograma representativo das repartições em classes, percentagem e grau de

significância da palavra com a classe das concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre a adoção por casais homoafetivos.

* Grau de significância da palavra com a classe de <0,0001.

O dendograma de CHD (figura 1) permitiu reconhecer as expressões que se tornaram nítidas a partir das expressões-chaves e das ideias centrais que compõem os discursos dos participantes. A apresentação dos resultados discorre conforme a divisão e ordem da CHD. Também são apresentadas a seguir as expressões-chave e as ideias centrais que emergiram das classes, com formato de recorte do corpus utilizando os trechos que concentram a significação e sentidos dos relatos representados pelos DSC's.

A partir da análise dos dados coletados, as ideias centrais e as expressões-chave foram identificadas. Em seguida, os discursos foram organizados em sete temas representados pelas classes. A seguir, os temas são apresentados com as respectivas ideias centrais e os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC).

Ideias centrais

Classe 1- Formação do Enfermeiro sobre o cuidado à criança adotada por casais homoafetivos. Expressões-chave: formação do Enfermeiro, diferença do cuidado à criança por casais homoafetivos, o preconceito heterossexual sobre o cuidado homoafetivo.

Discurso do Sujeito Coletivo.

Para mim a representação da adoção por casais homoafetivos é algo bom de modo geral, porque é uma oportunidade para as pessoas que querem ser pais, que querem dedicar a sua vida a cuidar de uma pessoa e uma oportunidade para as crianças que não tem pais, que vivem em abrigos de ter uma família.... Como profissional de enfermagem seria um cuidado igualitário para a criança adotada por casal homoafetivo, porque não existe uma diferenciação de uma criança por fato de ela ter pais homoafetivos ou pais heterossexuais, independente disso, claro que ela vai ter uma realidade diferente em casa, mais isso não muda o fato dela ser tratada. (P8, P7, P9, P12, P13, P4, P16).

A ideia central da primeira classe aborda sobre a formação do Enfermeiro e quais atitudes ela pode suscitar no cuidado às crianças adotadas por casais homoafetivos por parte desses profissionais. Com base nas respostas dadas pelos entrevistados sobre a formação do Enfermeiro e os cuidados às crianças filhas de pais homoafetivos e heteroafetivos, o que informa de algum modo, a influência do que os estudantes aprendem e vivenciam na graduação e a forma como isso pode refletir nos cuidados com seus pacientes, pode-se afirmar que para os participantes, dentre os entrevistados, não há motivos para atender essas crianças de forma diferente, uma vez que, segundo eles, não há distinção entre as referidas crianças, no entanto, o atendimento deve acontecer de forma igualitária e sem preconceitos.

Classe 2- Distinção de gênero desenvolvida no mundo pelo Bullying. Expressões-chave: críticas sobre a orientação sexual, apoio psicológico sexual, distinção mundo

bullying.

Discurso do Sujeito Coletivo.

Os profissionais da saúde devem se colocar em parte no apoio psicológico, emocional tanto da família como do casal homoafetivo. A adoção por casal homoafetivo influencia na criação, é um fator determinante social de extrema cautela, porque a criança em si ao completar mais ou menos cinco anos começa a fazer comparações, se perguntando por que a colega tem o pai e mãe e ela tem dois pais, nessa comparação surgem as dúvidas e quando recebe críticas ou sofre bullying por ter pais do mesmo sexo, começa a mexer no psicológico e a criança deve estar preparada para essa situação...bullying por ser de pessoas que fala incorreto e que trabalha na roça, então imagine o preconceito de pessoas que são homoafetivas, por isso é necessário apoio psicológico por parte da escola, os profissionais da educação básica principalmente devem ser instruídos, capacitados, não colocando essas crianças como seres anormais, mas está preparada a receber crianças que são adotadas por casais homoafetivos (P1, P2, P3, P4).

A segunda ideia central diz respeito à distinção de gênero desenvolvida no mundo pelo Bullying, e as expressões-chave determinaram o DSC citado acima. Para os participantes, o fato de os pais serem do mesmo gênero, o filho pode sofrer consequências negativas em relação à sua orientação sexual, além disso, ainda sofre com o preconceito que predomina na sociedade. Segundo dados coletados, o Bullying ainda representa um grande problema à sociedade. Por esse motivo, os participantes alegam que o apoio psicológico a essas crianças precisa ser realizado por parte do enfermeiro e outros profissionais, inclusive pelos profissionais da educação, esses que devem estar preparados para atender tais demandas.

Classe 3- Adoção por casais heterossexuais versos à adoção homoafetiva. Expressões-chave: melhor opção de adoção, direito familiar ao casal homoafetivo, apoio da religião ao casal heteroafetivo.

Discurso do Sujeito Coletivo

Acho que deveria ser aberto aos casais homoafetivos a adoção, pois do mesmo jeito que um casal hetero pode adotar uma criança em um abrigo ou orfanato um casal gay também tem esse direito que é o que eu quero fazer... Referente ao direito da adoção poderia melhorar, porque tenho um pensamento de se um dia quiser adotar e não conseguir e a lei não me dá a guarda da criança vou ficar bastante triste (P11, P5, P7, P3).

Ao serem indagados sobre a adoção por casais heterossexuais versos à adoção homoafetiva, alguns elucidam suas opiniões e poucos se posicionaram de forma contrária. O DSC citado anteriormente demonstra que a adoção por casais homoafetivos não representa problemas para as crianças que precisam de uma família e de um lar. Portanto, a partir do DSC desta classe, não há distinção entre a adoção por casais heteroafetivos e homoafetivos. Porém, o discurso reflete um descontentamento quanto ao direito de adoção por casais homoafetivos, entretanto, ele revela que ainda há necessidade de esclarecimento quanto a esse tipo de adoção para a sociedade.

Classe 4- Família como exemplo de amor e respeito nas relações Expressões-chave: vivencia no orfanato, amor e respeito como exemplo de relação com filho, boa

condição financeira, a favor da família.

Discurso do Sujeito Coletivo

Todo mundo necessita de uma extensão sua no mundo e como eles teoricamente e biologicamente não podem gerar filhos, é uma ação muito nobre tanto para eles que vão deixar um pouco do amor entre eles nessa criança e que ele vai aprender respeitar, identificar as diferenças e superar, porque se dentro da sua casa você é estimulado a ter o respeito, limites em relação a esse tipo de assunto, fora de casa vai saber como lidar com isso e geralmente essas atitudes... É interessante na sociedade exatamente do século XXI, porque é uma forma de igualar conhecimento e o respeito dessa nova geração que vai vim que são essas crianças que estão adotando e por isso é muito interessante essa ação que eles têm, pois desde pequeno eles vão colocar na cabeça dessas crianças que existe respeito, igualdade e você tem que respeitar independe de cor, raça, escolha e essas pessoas que estão adotando tem uma ação muito bonita, porque tem muitos pais que têm filhos e não têm condição financeira, psicológica, estrutural de família para conceber e direcionar essa criança para ser uma cidadã, uma pessoa de bem com a sociedade... até porque quando ela tem o exemplo vivo em casa seria interessante que todas tivessem a mesma conduta, ação e atitude que é o respeito (P12, P4, P5, P13).

A classe quatro traz um questionamento sobre a família e os fatores que se relacionam com a qualidade de vida das crianças. Os participantes citam o amor, o respeito e a boa condição financeira como fatores que implicam na qualidade de vida de uma criança. O discurso refere que a adoção por casais homoafetivos pode ser um fator determinante para atenuar o preconceito e que essa adoção representa um ato nobre de amor, o que pode resultar em uma boa educação dessas crianças, pois o exemplo em casa é o maior ensinamento que os pais podem oferecer aos filhos.

Classe 5: A realidade social da adoção homoafetiva. Expressões-chave: o preconceito é a realidade da adoção por casais homoafetivos, a família homoafetiva em uma sociedade preconceituosa, lei da adoção.

Discurso do Sujeito Coletivo

Concordo com adoção não tem empecilho, mas por conta do preconceito que a sociedade ainda tem sobre isso... Se eu fosse adotada por um casal homoafetivo a sociedade iria implicar comigo por causa do preconceito e se eu tivesse amor por eles não tem motivo para me importar... Conheci casos de uma mulher que ela tem uma namorada ela decidiu engravidar, mas o rapaz de quem ela engravidou é gay e isso não influenciou nada apenas polêmica por parte da sociedade (P13, P9, P10, P14).

De acordo com os dados coletados, apesar dos participantes acreditarem nos benefícios que a adoção pode gerar na vida de uma criança, seja ela filha de casal heteroafetivo ou homoafetivo, e apoiarem a adoção por esses, o preconceito ainda prevalece na sociedade. Porém, de acordo com o DSC, o desconforto ocasionado por essa intolerância pode ser superado pelo filho quando há amor pelos pais. Quanto à lei da adoção, apenas dois participantes mencionaram sobre esse tema e os dados coletados demonstram que os sujeitos não apresentam conhecimento, mas reconhecem a importância de uma lei para garantir o direito de adoção aos casais homoafetivos, e, de certa forma, controlar comportamentos de indivíduos que demonstram atos de

discriminação aos casais homoafetivos e aos seus filhos.

Classe 6- A realidade do convívio mãe e pai sobre homossexualidade. Expressões-chave: absurdo ser filho de pai e mãe do mesmo sexo, forma natural pai, mãe e filho, convívio de formas alternativas de acordo com a realidade.

Discurso do Sujeito Coletivo

Esse é o nosso conceito natural que nós temos de família, então passando para outra realidade que seria de casais do mesmo sexo para nós isso se torna um absurdo e no meu conceito pessoal primeiramente temos que avaliar vários fatores... É certo que ela convivendo naquele meio, onde seu pai e sua mãe são duas pessoas do mesmo sexo, ela vai acabar se acostumando, mas isso dentro de casa, quando ela sair, vai conviver com outra realidade... em minha opinião é uma alternativa absurda porque uma criança não vai ser capaz de decidir se ela quer ser filha de dois pais ou de duas mães que são pessoas do mesmo sexo (P2, P15, P3).

Conforme apontado acima, nesta classe os vocábulos estão agrupados e auxiliam na identificação da estrutura da realidade do convívio mãe e pai sobre homossexualidade por discentes do curso de Enfermagem. O conteúdo lexical desse segmento evidencia que os participantes, em seus discursos, consideram o convívio de filhos com pais do mesmo sexo como sendo um absurdo. Nesse sentido, os discentes representam a forma natural pai, mãe e filho como melhor convívio familiar, configurando o convívio tradicional com aspectos positivos, no qual predomina a estabilidade emocional como fundamental para melhor qualidade de vida dos filhos, de acordo com a realidade.

Classe 7- Papel da família tradicional da figura homem e mulher. Expressões-chave: família tradicional, figura homem e mulher, a religião é a favor da família tradicional.

Discurso do Sujeito Coletivo

Porém, eu vejo a questão da minha vivência tanto da figura do meu pai quanto da figura da minha mãe cada um desempenhou um papel diferente e que me fez ser a pessoa que sou, agora se eu tivesse sido criada pela minha mãe com outra mulher eu seria diferente do que sou agora, porque a figura do meu pai para mim é totalmente importante. Eu já ouvi falar que as meninas têm apego maior ao pai e os meninos tem apego maior à mãe, mas a figura dos dois é importante para que a gente tenha um equilíbrio. Depois meu pai influenciou demais até hoje ele é muito para mim. Cada um tem o seu papel, não tenho referências se deu algo errado por conta disso ou não, mas para mim foi muito importante a figura do meu pai e da minha mãe por seus papéis diferenciados até para eu me definir referente à orientação sexual, às vezes as pessoas questionam que isso é coisa de mulher e aquilo é coisa de homem...fui ensinada e acredito que sendo homem e mulher, a gente tem uma regra que seria o mais indicado tradicional e certo. Então para minha pessoa, minha vida é errado, mas cada um tem o seu direito de escolher, porém, acho que mulher com mulher talvez desse mais certo do que homem com homem pelo fato da mulher ter o instinto de cuidar, maternidade, mesmo que não tenha gestado, é algo dela de estar junto. O pai é mais solto, é algo complexo (P3, P2, P10, P15).

Em relação ao papel da família tradicional da figura homem e mulher, os discursos dos participantes evidenciam que a família tradicional é constituída por pais heterossexuais e que a figura do homem com a mulher repercute em equilíbrio emocional para o filho, além disso, a mulher, por ter instinto materno, tem um cuidado

especial com o filho que, de certa forma, repercute na personalidade do indivíduo.

Contudo, vale ressaltar que durante a entrevista alguns participantes usaram os princípios religiosos para fundamentar a posição contrária à convivência de casais homoafetivos com seus filhos, pois segundo eles, a família tradicional é representada por pai e mãe com gênero oposto.

4 | DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou as principais concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre adoção por casais homoafetivos. O DSC permitiu descrever e apresentar as representações, analisadas e detalhadas, a seleção de conteúdo de cada resposta, busca e nomeação de ideias centrais, expressões-chave, e, em seguida, a edição dos discursos de um modo que fosse visto como produção científica e que fosse útil aos resultados, fazendo com que os recursos de intervenção social pudessem funcionar com eficácia.

Tendo como base os sete DSC construídos em seu contexto, pode-se discutir sobre tais pensamentos. O primeiro discurso construído retrata sobre a formação do Enfermeiro sobre o cuidado à criança adotada por casais homoafetivos e dá ênfase à formação do Enfermeiro, à diferença do cuidado a criança por casais homoafetivos e ao preconceito heteroafetivo sobre o cuidado homoafetivos.

Nas últimas décadas a Bioética tem provocado um intenso debate sobre inúmeras questões relacionadas com a área da sexualidade, como na área da discriminação a minorias. Essa discussão não é só da exclusividade dos investigadores sociais, nem dos profissionais de saúde, mas também de toda a sociedade civil (PINTO; NOGUEIRA, 2016).

A homossexualidade é tema bastante comum nas rodas de boteco, brincadeiras de escola e em debates nas mais variadas redes sociais, pois ainda é vista com olhares preconceituosos perante a sociedade contemporânea, mesmo após grandes lutas a favor da igualdade e pelo fim dos mais variados tipos de preconceito existentes no mundo, como evidenciado no DSC construído através dos depoimentos dos participantes dessa pesquisa ⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, a adoção por casais homoafetivos também continua sendo um tema bastante polêmico e a grande maioria dos livros que abordam o tema da adoção ainda parte da experiência de famílias heterossexuais (XIMENES; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

Entretanto, percebe avanços importantes no contexto brasileiro, como o Programa Brasil Sem Homofobia e a Política de Assistência Integral à Saúde da População LGBT, mas ressalta que ainda há, no Brasil e no mundo, violência e discriminação contra essa população, vivenciadas por conta da livre orientação sexual. Além disso, o acesso desse grupo à saúde é marcado por obstáculos, como atendimento discriminatório por parte dos profissionais nas unidades, condutas inadequadas, constrangimentos,

conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais proferidas pelos profissionais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Existe grande evidência empírica que exhibe a ausência de diferenças no desenvolvimento e na socialização de crianças educadas por famílias homoparentais ou por famílias heteroafetivas. Seja no Código Civil ou no ECA, ou em ambos, a adoção cumpre uma função social considerável e deve ser compreendida sem preconceitos. Como o princípio da proteção integral à criança e ao adolescente, em termos de adoção, é mais voltado à estrutura emocional e ao comportamento sócio-moral dos adotantes, do que às suas orientações sexuais, são desnecessárias as discussões sobre a possibilidade de adoção por homossexual solteiro (SILVA; MONTENEGRO; PEREIRA, 2016).

No que diz respeito a essas considerações, o DSC exposto, em detrimento da primeira ideia central deste trabalho, revelou dados que corroboram com as ideias da autora acima, uma vez que os participantes mencionaram que como profissionais de Enfermagem tratarão os filhos de casais homoafetivos de forma igualitária, pois não vêem diferenças entre esses e os filhos de casais heterossexuais.

Embora muitas vezes conflituosa, a experiência dos pais homossexuais com seus filhos nem sempre é baseada no segredo e na dificuldade em integrar duas realidades visivelmente opostas, não sendo, essencialmente, uma experiência dolorosa. O grau de compreensão e aceitação que a criança tem a respeito da homossexualidade dos pais ou dos seus círculos de amizade associa-se com o modo de os pais conviverem com a própria orientação sexual, influenciando no modo que edificam a educação do filho (CECÍLIO; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Entretanto todas as crianças sentem as mesmas necessidades, e têm direito a carinho, segurança e estabilidade social. No entanto, elas precisam de orientação, afeto, proteção, apoio e amor por parte dos pais. Por mais que as interações familiares numa família homossexual sejam ótimas, é impossível controlar as reações externas ou atenuar as dificuldades que surjam e o impacto negativo que possam ter nos seus filhos. Mas a capacidade de lidar com as essas adversidades deriva do sentido de permanência e segurança⁽¹⁵⁾.

Outros fatores associados com mudança na estrutura familiar, como renda familiar inferior e bem-estar psicossocial, podem responder pela associação negativa da adoção aos pais do mesmo gênero (SANTOS *et al.*, 2018).

No entanto, esses dados corroboram com o DSC da quarta ideia central intitulada "Família como exemplo de amor e respeito nas relações", visto que os participantes declararam que a adoção por casais homoafetivos pode diminuir o preconceito e que essa adoção representa um ato amor, o que pode proceder em uma boa educação para as crianças.

Na literatura, a ideia de que um dos maiores obstáculos a este tipo de família é o preconceito predomina como um problema social (CECÍLIO; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013). Esse preconceito surgiu há muito tempo, desde quando

o judaísmo impôs que "correto" era a família formada por pai, mãe e filho, e àqueles que se relacionavam com alguém do mesmo gênero deveria ser morto. Desde então, a homossexualidade passou a ser considerada uma anomalia e pode ser notada em passagens da Bíblia, como "vício repugnante" (AMAZONAS; VERÍSSIMO; LOURENÇO, 2013).

Conforme os autores, os papéis de homem e mulher são extremamente hierarquizados na sociedade e as posições contrárias à adoção são idealizadas como uma transgressão do princípio da dignidade humana, entendendo que embora todos sejam iguais em direitos e deveres perante a lei, essa igualdade é apenas jurídica. No entanto, os autores aduzem que a adoção por homossexuais deve ser priorizada quando considerada a possibilidade de pertencerem a uma família.

Desde modo, refere-se que há relações entre religiosidade, sexualidade e nível de preconceito e apontam que religiosidade e conservadorismo ético apresentam ligação no que se refere ao preconceito contra diversidade sexual, o que pode ser observado no DSC da classe seis. Segundo os autores, tal fato não parte somente da religião, mas ainda de uma posição conservadora generalizada em relação aos assuntos sobre moralidade pessoal (AMAZONAS; VERÍSSIMO; LOURENÇO, 2013).

5 | CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou as concepções de acadêmicos de Enfermagem sobre a adoção por casais homoafetivos, os quais revelaram favoráveis as adoções como um fator benéfico para crianças e adolescentes, independente do tipo de família. Embora parte destes, evidenciou uma rejeição a relação homoafetiva, por acreditar que a relação heteronormativa favorece ao convívio familiar mais seguro para as crianças adotadas.

O modelo de família tradicional, heterossexual, foi ressaltado nas falas dos acadêmicos, como sendo o modelo de família ideal para se acolher e educar uma criança para que ela se sinta mais segura. Isto reflete o preconceito velado pelas relações homoafetivas.

Por fim, aponta-se que a formação dos profissionais da saúde, a exemplo do Enfermeiro na atualidade está proporcionando uma qualificação dentro do princípio da equidade, a qual a discussão de gênero, sexualidade e diversidade sexual, contribuem para uma formação holística para que sejam enfermeiros aptos a compreender os novos arranjos familiares, sobretudo de cuidar dos vários tipos de famílias destituídos de preconceitos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. L.; ALVES, M. J. H.; QUEIROZ, C. M. H. T.; ADAMI, F. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, v. 37, p. 516-524, 2013.

AMAZONAS, M. C. L. A.; VERÍSSIMO, H. V.; LOURENÇO, G. O. **A adoção de crianças por gays**. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 631-641, 2013.

BRASIL, Lei no.8069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. 13 de julho de 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais**. *Temas psicol.* v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CECÍLIO, M. S.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. **Produção científica sobre adoção por casais homossexuais no contexto brasileiro**. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 3, p.507-516, 2013.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. *Caderno de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.

FREITAS, M. K. L.; GUIMARÃES, P. B. V. **Adoção por casais homoafetivos no direito brasileiro**. *FIDES*, v. 8, n. 2, p. 22-34, 2016.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions**. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014

PINTO, D.; NOGUEIRA, C. **Atitudes de estudantes portugueses de enfermagem relativamente a lésbicas: do preconceito a recomendações para a mudança**. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 3, p. 805-814, 2016.

SILVA, M. H.; MONTENEGRO, C. V.; PEREIRA, M. B. **Adoção por casais homossexuais no brasil**. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais*. v.3, n. 2, p:73-86, 2016.

SANTOS, E. C.; SANTANA, G. **Adoção homoparental e preconceito: crenças de estudantes de direito e serviço social**. *Temas em psicologia*. v. 23, n. 4, p. 873-885, 2015.

SANTOS, J. V. O.; ARAÚJO, L. F.; NEGREIROS, F.; CERQUEIRA-SANTOS, E. **Adoção de crianças por casais homossexuais: as representações sociais**. *Trends in Psychology*, v. 26, n. 1, p. 139-152, 2018.

XIMENES, F.; SCORSOLINI-COMIN, F. **Adoção por casais do mesmo sexo: relatos de psicólogos do Judiciário**. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 65-85, 2018.

CONCEPÇÕES DOCENTE SOBRE O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Patricia Cavalcante de Sá Florêncio

IFPE/Pesqueira, Curso de Enfermagem
Pesqueira – Pernambuco

Lenilda Austrilino

Universidade Federal de Alagoas – UFAL/FAMED
Maceió – Alagoas

Mércia Lamenha Medeiros

Universidade Federal de Alagoas – UFAL/FAMED
Maceió – Alagoas

RESUMO: Pesquisa com o objetivo de como os docentes concebem o processo ensino aprendizagem nos cenários de prática na graduação em Enfermagem. Pesquisa de abordagem qualitativa, tipo estudo de caso, realizada no curso de graduação em Enfermagem de uma instituição Federal de Educação Básica, Técnica e Tecnológica, do Agreste de Pernambuco. Entrevista semiestruturada com dez docentes. Dados analisados e interpretações feitas na perspectiva da análise de conteúdo. A investigação revelou as estratégias metodológicas utilizadas, as facilidades e dificuldades encontradas pelos docentes nos cenários de prática, apontando as relações com as competências previstas para o curso. Os docentes percebem-se como aprendizes, identificam as dificuldades e as carências, sugerem formação permanente e

planejamento conjunto com os serviços de saúde. Os cenários de prática são locais de contextualização dos conteúdos, por levar a problematização da realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino. Docente. Prática Profissional.

TEACHER'S CONCEPTIONS AT THE TEACHING-LEARNING PROCESS IN NURSING PRACTICE SCENARIOS

ABSTRACT: Research in order to understand how the teachers conceive the teaching-learning process in practice settings in undergraduate nursing. Qualitative research, the case study method, performed in the course of undergraduate nursing a Federal institution of Basic Education, Technical and Technological do Agreste of Pernambuco. Semi-structured interview using a interviewed ten teachers. Analysis and interpretation of data were made from the perspective of content analysis. The investigation revealed the methodological strategies used in practice settings, facilities and difficulties encountered, pointing relations with the general responsibilities and conditions that are part of this process. According to teachers, they perceive themselves as learners; identify difficulties, the lack of spaces and suggested lifelong training and joint planning with the

health services. The practice scenarios are contextualization of local content, leads to question the reality.

KEYWORDS: Education. Teacher. Professional practice in this section.

1 | INTRODUÇÃO

A integração ensino, serviços de saúde e comunidade deve ser abordada durante o processo de formação dos profissionais a fim de inseri-los nos cenários de prática desde o início do curso, e não ao final, nem tardiamente, após ingresso na profissão.

Educar é responsabilidade a ser assumida pelo profissional de saúde que deve pautar-se na pedagogia histórico-crítica, por ser a prática elemento imprescindível para construção do conhecimento, na medida em que a ação-reflexão-ação visa transformar a realidade social e o próprio sujeito fazedor-pensador da práxis (LEITE, 2010).

Os aspectos sociais emergentes da realidade em que futuros profissionais deverão atuar (BATISTA, 2004) sinalizam a complexidade da formação de professores para a área de saúde. Segundo Ceccim (2004), faz-se necessário incluir na formação do profissional de saúde a questão do SUS, sua formulação, acompanhamento, organização do trabalho para a autonomia dos indivíduos. Essa proposta enfatiza a integralidade da atenção à saúde e rejeita o ensino tecnicista, preocupado com a sofisticação dos procedimentos técnico-científicos adotados pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidades.

Segundo Leite e Peres (2010), o ensino tem de ser capaz de convocar o pensamento crítico do aluno, além de oferecer possibilidades de interferência real no processo de formação profissional e na realidade que o cerca. Para eles, não há hierarquia entre os diferentes saberes que se constroem à medida que são contextualizados, confrontados e articulados. É preciso, então, exercitar a ação, articulando os diferentes agentes de trabalho em saúde – gestores, instituições de ensino, docentes e discentes –, estimulando a participação social e reforçando a tríade ensino-serviço-comunidade.

O conhecimento é, assim, concebido numa perspectiva teórico-prática e, ao mesmo tempo, prático-teórica de compreender a realidade como produto de um enfrentamento de mundo que somente faz sentido à medida que o ser humano o produz e o retém como forma de entender a realidade e melhorar o modo de viver (LUCKESI, 1995). Nessa perspectiva, o respeito à diversidade e aos diferentes processos de desenvolvimento humano deve ser entendido como um contínuo movimento de vir a ser, relacionando-se com os sistemas políticos, econômicos e sociais (MORAES, 2011).

Estudos (MIRANDA et al., 2010) apontam que o saber fazer está além da realização de procedimentos junto aos clientes, família e comunidade, pois o assistir deve ser global, holístico e integral, visando à interação, à empatia, à comunicação, à confiança e ao “estar com”. O grande desafio dos profissionais de saúde é superar

o domínio teórico-prático exigido pelo mercado de trabalho, construindo-se enquanto agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados no mundo do trabalho, com um perfil profissional que tenha habilidade cognitiva (saber) e habilidade operacional (saber fazer), sustentadas pela ética e comprometimento (saber ser), como também, saber conviver (DELORS, 2000).

A inserção do discente nos cenários de prática é defendida por Ponce (2007), para quem o trabalho na comunidade permite a (re)significação e (re)construção dos saberes da experiência na interação direta entre as pessoas e o contexto sociocultural. Os discentes devem, durante sua formação, desenvolver habilidades de comunicação; ampliar a capacidade de se relacionar com o outro e acolhê-lo; valorizar o saber popular e a percepção das interfaces que podem ser estabelecidas com o saber “científico”; enfrentar situações dinâmicas e desafiadoras no cotidiano, desenvolver a capacidade criativa; incorporando valores humanísticos, como a solidariedade, o compromisso e a responsabilidade social.

Embora essa concepção sobre a prática profissional esteja pautada nas vertentes progressistas da educação, é de fundamental importância que o docente estimule os discentes a desenvolverem em suas práticas o pensamento crítico, atuando com um olhar voltado para o outro. Para Freire (2014), educar “não é transferir conhecimento”, pois requer “reflexão crítica”, respeito aos valores e aos saberes dos educandos, apreensão da realidade e convicção daquilo que é possível mudar.

O curso de graduação em Enfermagem do Instituto Federal de Educação de Pernambuco, situado na região agreste do estado, tem suas atividades práticas desenvolvidas em módulos, a partir do componente curricular Práticas interdisciplinares/Interação Ensino, Serviço, Comunidade. Em consonância com as Diretrizes Curriculares de Enfermagem, com o eixo temático e com as competências e conhecimentos pertinentes a cada módulo, são planejadas situações de ensino-aprendizagem visando à aproximação entre os construtos científicos da Enfermagem e o saber popular, análise do contexto sociopolítico, econômico e cultural em que se desenvolve o processo de produção da saúde (IFPE, 2009/2013).

As práticas têm como cenários as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios, hospitais gerais e especializados, equipamentos comunitários, tais como creches, escolas, associação de moradores. São desenvolvidas mediante a realização de visitas técnico-pedagógicas, práticas clínicas supervisionadas, projetos interdisciplinares, projetos de pesquisa, estágio curricular supervisionado (IFPE, 2012).

Esses cenários de prática constituem uma estratégia e auxiliam a reflexão sobre um tema, construindo significados contextualizados com a realidade, vinculando-os com a teoria. Assim, os envolvidos no processo poderão, por meio do pensamento crítico e da interdisciplinaridade, formar novos conceitos, discutir os já existentes, formular propostas, intervir na realidade, numa parceria docente-discente-profissional de saúde, condição fundamental para o enfrentamento dos saberes (ANASTASIOU, 2004), de forma que os conhecimentos sejam confrontados, gerando novos conhecimentos

(RODRIGUES, 2014).

Considerando o docente integrante do processo ensino aprendizagem e a responsabilidade dele em formar profissionais comprometidos com o social de forma humanizada, e associando o ensino em saúde ao princípio da integralidade do SUS, este estudo procurou, na vertente pedagógica progressista, numa perspectiva dialógica, crítica, responder a seguinte questão: Como o docente de Enfermagem concebe o processo ensino-aprendizagem nos cenários de prática?

2 | METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, realizada no curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição Federal de Educação Básica, Técnica e Tecnológica, do Agreste de Pernambuco. Visando-se à participação na pesquisa, todos os docentes do curso em atividade acadêmica foram sensibilizados a respeito dos objetivos, relevância e impactos desta pesquisa para a prática pedagógica e qualidade do curso. Atendendo-se ao critério de dois docentes por módulo, foram selecionados dez docentes, entre eles o coordenador e a vice-coordenadora, todos atuantes em cenários de prática.

Como instrumento de pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas norteadoras, organizadas pelas temáticas: contribuição da prática para a formação discente, exercício docente, cenários utilizados, atividades desenvolvidas, dificuldades e facilidades encontradas no processo, percepção discente sobre os cenários de prática e sugestões para o desenvolvimento das atividades. Os entrevistados foram identificados por ordem alfabética, sequencialmente de “A” a “J”.

Dos dez entrevistados, seis são do gênero feminino. A idade variou de 25 a 48 anos. Quanto à titulação, um possui doutorado, seis são mestres e os três especialistas encontram-se cursando mestrado. Em relação ao tempo de atuação profissional como enfermeiro, a maioria tem entre 16 e 25 anos de profissão, o tempo de docência entre 16 e 20 anos, o que revela a heterogeneidade do grupo.

A interpretação dos dados se deu na perspectiva da análise de conteúdo, que compreende as seguintes fases: apreensão dos dados, pré-análise, com a sistematização das ideias iniciais; organização do material em síntese; teorização, exploração das entrevistas transcritas, com leituras exaustivas; interpretação e recontextualização mediante o significado dos depoimentos, organizados em categorias.

Foi produzido um quadro contendo, na horizontal, uma síntese de todas as respostas dadas por cada um dos sujeitos entrevistados; na vertical, uma síntese das respostas de todos os sujeitos a determinada pergunta; por fim, uma síntese geral, relacionando os dois eixos. Das sínteses foram destacadas as respostas, notificando-se as primeiras impressões, pensamentos e fazendo-se uma análise inicial, a fim de organizar as informações agrupando-as em temas de acordo com sua significância e similaridade, o que deu origem às categorias, (Morse, 1995). As categorias

estabelecidas foram: formação discente, exercício docente e cenário de aprendizagem em enfermagem.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento da prática discente, apresenta aspectos positivos e dificuldades provenientes da relação entre teoria e prática. Segundo Sacristán e Gómez (GÓMEZ, 1998), a prática refere-se a formas de educar que ocorrem em diferentes contextos institucionalizados e, por meio delas, as ações são determinadas e determinantes. O docente inserido numa instituição está sujeito a submeter sua prática educativa a ações individuais e coletivas que tanto são condicionadas quanto condicionantes na transformação da realidade de ensino, social e da instituição (CIRNE, 2011).

A influência institucional para a realização do processo ensino-aprendizagem nos cenários de prática se dá de acordo com o que é preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem e acatado pelo Projeto Pedagógico do Curso, que insere o discente, desde o início do curso, de forma planejada e progressiva, conforme o nível de complexidade do sistema de saúde.

... é imprescindível que o aluno inicie o curso sendo inserido nos cenários de prática, [...] para haver proximidade entre teoria e prática... B

A fala revela que a atuação docente está de acordo com o Projeto Pedagógico do Curso, na medida em que esse Documento recomenda a aproximação do discente com os diversos cenários de atuação do enfermeiro em todas as etapas do processo formativo; que as atividades teórico-práticas sejam, em cada módulo, de forma transversal, acompanhadas e orientadas pelos docentes em diversos cenários, tais como: salas de aula, biblioteca, laboratórios, unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais gerais e especializados, equipamentos comunitários, creches, escolas, associação de moradores, por meio de visitas técnico-pedagógicas, práticas clínicas supervisionadas, estágio curricular, projetos interdisciplinares (IFPE, 2015). Cada atividade deve ser desenvolvida de acordo com o módulo e o nível de assistência em que o discente se encontra, do menor ao de maior complexidade.

...é necessário, por fazer parte do currículo, que essa prática exista, tem que ser de forma planejada... J

Segundo Anastasiou (2004), as atividades de ensino-aprendizagem deverão atender às características do Projeto Pedagógico do Curso, que se reflete na área de estudo com seu conteúdo (seja factual, conceitual, procedimental, atitudinal) e, principalmente, nas características dos sujeitos do processo. Podem ser estratégias realizadas individual ou coletivamente e propostas para a sala de aula ou outros espaços onde coabitem tanto o dizer da ciência, por intermédio ou não do dizer do docente, como a leitura da (e a ação sobre a) realidade da qual o discente, como futuro profissional, terá que dar conta.

Conforme Oliveira *et al.* (2013), a inserção do discente no serviço de saúde, nos primeiros momentos do curso, acontece de forma a fazê-lo aproximar-se das práticas, induzindo-o ao processo de ação-reflexão-ação com a expectativa de viabilizar-se a integralidade do cuidado. Dessa forma, fortalece-se a rede de atenção à saúde, contribui-se para a resolutividade dos problemas de saúde da população e promove-se o compromisso com a cidadania. Os cenários de prática são promotores de uma aprendizagem significativa na medida em que permitem relacionar a teoria à prática.

... a intenção é que essa prática contribua não só de forma técnica, mas ela leve ao aluno informação, a ter contato com o cenário real da prática dele como futuro enfermeiro... C

O momento de imersão do discente no cotidiano dos serviços pode trazer recursos riquíssimos para o aprendizado do cuidado e da organização dos processos de trabalho e gestão. Devem-se aproveitar as experiências vivenciadas e observadas nos serviços durante as práticas e estágios como momento pedagógico para refletir sobre a prática do cuidado ali produzida e suas repercussões sobre a maneira como se concebe o cuidado e se essa concepção se afasta ou se aproxima das manifestações presenciadas no local. É preciso trazer sentidos para a maneira como a assistência se organiza e se desenvolve naquele espaço, onde também está o docente (Henriques, 2005).

Dessa forma, a organização curricular precisa oportunizar, desde cedo, a inserção do discente enquanto sujeito político, histórico e social nos cenários de atuação profissional, considerando-se que o processo de trabalho em saúde é coletivo e envolve atores sociais distintos: comunidade, profissionais de saúde, universidade e indivíduo.

... levar em conta a capacitação profissional do docente e adequando à realidade do serviço. E

Segundo Chirelli (2002), o currículo deve valorizar os espaços de articulação entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, levando o discente a refletir sobre sua ação e a realidade em que está inserido, buscando problematizar o cotidiano e tomando o que tem para ser aprendido como mola propulsora do processo de formação, na perspectiva de uma aprendizagem crítica e reflexiva.

Nesse sentido, o currículo da Instituição estudada estabelece, enquanto opção político-pedagógica, o diálogo entre o conhecimento científico, o popular e o construído na experiência, o que – de forma contínua e dialética, a partir da problematização da realidade, de seus condicionantes e determinantes sociopolíticos, econômicos e culturais – permitirá a construção de novos conhecimentos e tecnologias do cuidar (IFPE, 2015).

Voltar a ter contato, com a assistência, forma de não enferrujar. Prática como docente e não mais como enfermeiro do setor, mas sem deixar de ser enfermeiro...E

A organização curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, em consonância com as DCNENF, trabalha ainda com os princípios norteadores de organização por eixos temáticos, módulos e disciplinas/componentes curriculares, o que o torna híbrido, com ênfase no modelo sanitário proposto pelo SUS e na interdisciplinaridade. Essa organização curricular preconiza a integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade no processo de construção dos conhecimentos teórico-práticos; o fortalecimento do processo de articulação ensino-trabalho com vistas à melhoria das condições de oferta das práticas e estágios curriculares, a co-responsabilização e protagonismo do discente e docentes na implementação das políticas e ações de saúde que contribuam para a melhoria dos indicadores de saúde e fortalecimento do SUS; e a contribuição efetiva da Enfermagem no avanço da qualidade da assistência à saúde loco-regional (IFPE, 2015).

... Problematizar e enriquecer o conteúdo em cada situação em particular, com raciocínio clínico. A

Outro ponto importante apontado pelos docentes para a utilização dos cenários de prática na formação discente é o desenvolvimento das habilidades e competências com raciocínio clínico, necessário para o exercício da prática profissional segura. Para isso, precisa-se de elementos não só técnicos, mas organizacionais e de planejamento reflexivos, contextualizando-se os conteúdos teóricos com os problemas que emergem da prática. Essa percepção docente encontra-se a seguir registrada.

...Os cenários de prática permitem uma aproximação do discente com o contexto profissional, onde desenvolve habilidade para o cotidiano enquanto acadêmico e profissional, fornece os subsídios para exercer uma prática segura... F

Os cenários de prática implicam um processo que ultrapassa a acumulação do saber ou saberes e trabalha para o desenvolvimento de um profissional que esteja em contato com a realidade de sua futura profissão, de modo a associar a teoria à prática, a forma ao conteúdo, a intencionalidade às condições para a ação (Souza, 2010). Esse processo transcende a lógica da racionalidade técnica e atinge patamares de consolidação da formação do profissional cidadão, amparado por conhecimentos solidamente adquiridos e elaborados (Zarpellon, 2006).

O desenvolvimento de habilidades, na visão dos docentes, leva os discentes a se encantarem com os cenários de prática, onde, muitas vezes, ficam até mais motivados e interessados do que na sala de aula, pois esses cenários colocam o discente diante de sua realidade profissional no dia a dia, trazendo uma riqueza de detalhes e de possibilidades do contexto profissional real a que a sala de aula, por mais que se utilize de simulações ou até mesmo de laboratórios, não consegue chegar.

... há mais interesse na prática do que na sala de aula, ficam loucos para realizar as atividades... A

Levando em conta a ansiedade do discente, surgiram falas em relação ao cuidado de trabalhar a questão do processo de ensino aprendizagem nos cenários de prática a fim de fazer o discente relacionar teoria e prática, de forma a não haver frustrações desnecessárias, uma vez que uma depende da outra.

... percebo insatisfação nos semestres iniciais do curso... porque iniciamos a prática pelos módulos relacionados à atenção primária e eles querem ter contato com a prática hospitalar...H

Segundo Vazquez (2013), não há prática como atividade material sem a produção de finalidades e conhecimentos que caracterizam a atividade teórica. Assim, faz-se necessário atingir uma compreensão teórica suficiente e relacioná-la à prática. A atividade teórica é essencial como mediação para novos conhecimentos ou novas interpretações dos fatos. A teoria depende da prática na medida em que esta é fundamento daquela.

Para Batista (2004), aprender extrapola a aquisição de um novo conceito ou habilidade prática, pois abrange todo um processo de transformação das concepções consideradas espontâneas ou ingênuas para explicação das realidades, (des) e (re) construindo conceitos, habilidades e atitudes em uma direção de reestruturar formas de pensar, compreender e intervir no mundo.

Pelo exposto, os docentes evidenciam o compromisso com o PPC, numa aprendizagem baseada na interdisciplinaridade e contextualização.

4 | CONCLUSÃO

A pesquisa revelou que a percepção dos docentes da instituição estudada está de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem e com o Projeto Pedagógico do Curso. Existe, em relação ao discente, uma preocupação com a formação contextualizada, problematizadora, com o desenvolvimento de habilidades e competências, no processo ensino-aprendizagem visando ao pensamento crítico-reflexivo.

Verificou-se que o docente se vê no papel de aprendiz, em um processo dinâmico de troca de saberes e experiências com outros docentes, discentes, profissionais de saúde e comunidade. Esse aspecto é mais realçado quando o docente não mais está inserido nos serviços de saúde como profissional enfermeiro e sim como docente, pois, necessitando de uma interação maior com os cenários de prática, é levado a afirmar-se como profissional enfermeiro e docente.

Ficou evidente a necessidade de envolver a equipe multiprofissional, devido à tênue articulação para o planejamento e organização das atividades. Espera-se, assim, intensificar-se a interação ensino, serviço e comunidade, necessária para a formação dos profissionais enfermeiros e, conseqüentemente, promover-se uma melhoria na qualidade do atendimento à saúde individual e coletiva da comunidade.

Os resultados da pesquisa apontaram a necessidade de adoção de uma formação permanente do docente para atuação na prática, bem como realização de planejamento conjunto das ações com os serviços de saúde utilizados como cenários de prática, sensibilizando-os a se fazerem parte integrante desse processo ensino aprendizagem.

Além disso, não se pode deixar de registrar que, durante as entrevistas, os docentes sinalizaram a satisfação em participar desta pesquisa e realçaram a relevância deste estudo para a melhoria do processo ensino-aprendizagem na instituição, uma vez que as concepções identificadas poderão nortear os debates sobre a prática pedagógica.

REFERÊNCIAS

Anastasiou, Léa das Graças Camargos, & Alves, Leonir Pessate. **Estratégias de ensinagem** (5 ed.). Joinville, SC: UNIVILLE, 2004.

Batista, Nildo Alves, & Batista, Sylvia Helena. **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004.

Borges, Tiago Silva, & Alencar, Gidéia. **Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior**. *Cairu em Revista*. [Internet], 3(04), 2014. p.119-143.

Ceccim, Ricardo Burg, & Feuerwerker, Laura C Macruz. **Mudança na graduação das profissões**. *Cad. saúde pública*, 20(5), 2004. p.1400-1410.

Chirelli, Mara Quaglio. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

Cirne, ROdL, & Vargas, O. **Análise da prática docente em um curso de graduação em enfermagem**. (Mestrado), UFPR, Curitiba, Paraná, 2011.

DELORS, Jacques et al. Educação ao longo de toda a vida. In: _____. **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. Tradução José Carlos Eufrazio. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2000. p. 103-117.

Fagundes, Norma Carapiá, & Burnham, Teresinha Fróes. **Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 2005. 105-114.

Fernandes, Josicelia Dumêt, & all, Silva et. **Aderência de cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde**. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 17(1), 2013. 82-89.

Freire, Paulo. **Pedagogia do oprimido** (56. Ed. Ver. E atual ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

Gómez, AI, & Sacristán, J Gimeno. **Compreender e transformar o ensino**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

Henriques, Regina Lúcia Monteiro, Pinheiro, R, & Mattos, RA. **Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

IFPE. *PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Pernambuco - 2009/2013*. Pernambuco: IFPE - Pesqueira, 2009.

IFPE. *PPPI – Projeto Político Pedagógico Institucional do Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Pernambuco*. Pernambuco: IFPE Pesqueira, 2012.

IFPE. *Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado em Enfermagem do IFPE - Campus Pesqueira*. Pesqueira: IFPE - Pesqueira, 2015.

Leite, Maria Madalena Januário, Prado, Cláudia, & Peres, Heloisa Helena Ciqueto. *Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora*. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010.

Luckesi, Cipriano Carlos. *Avaliação da aprendizagem: estudos e proposições*. São Paulo: Cortez, 1995.

Miranda, SMRCd, & Malagutti, W. *Educação em saúde*. São Paulo: Phorte, 2010.

Moraes, Maria Cândida. *Paradigma Educacional Emergente (o)* (3 ed.). Campinas, SP: Papyrus Editora, 2011.

Morse, Janice M. *Qualitative research methods for health professionals* (2 ed.). London Sage Publications, 1995.

Ponce, Aníbal, Pereira, Frederico, & Pereira, J. *Educação e luta de classes* (22 ed.). São Paulo: Cortez: Cortez, 2007.

Rodrigues, AMM. *A preceptoria em campos de prática na formação de enfermeiros em universidades de Fortaleza, Ceará*. (Mestre), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

Rodrigues, Ana Maria Maia, de Freitas, Consuelo Helena Aires, da Silva Guerreiro, Maria das Graças, & Jorge, Maria Salete Bessa. *Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros*. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 2014. p.106-112.

Sousa, Leilane Barbosa de, Torres, Cibele Almeida, Pinheiro, Patrícia Neyva da Costa, & Pinheiro, Ana Karina Bezerra. *Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem*. *Rev. enferm. UERJ*, 18(1), 2010. p. 55-60.

Vazquez, Ana Claudia Souza. *Cognoscitividade do agente e produção de conhecimento especializado: uma análise do processo de aprendizagem em alunos de programas de MBA Executivo*. Rio Grande do Sul: lume.ufrgs.br, 2013.

Zarpellon, LD. *A relação teoria e prática no processo de formação do enfermeiro*. Paper presented at the Congresso Nacional de Educação-EDUCERE, 2006.

DEBRIEFING COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM NO ENSINO SIMULADO PARA ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Josiane Maria Oliveira de Souza

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Brasília- Distrito Federal.

Felipe Ribeiro Silva

Centro Universitário do Distrito Federal, Curso de
Enfermagem, Brasília – Distrito Federal - Distrito
Federal.

Tayse Tâmara da Paixão Duarte

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Brasília- Distrito Federal.

Paula Regina de Souza Hermann

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Brasília- Distrito Federal.

Michelle Zampieri Ipolito

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Brasília- Distrito Federal.

Marcia Cristina da Silva Magro

Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia,
Brasília- Distrito Federal.

RESUMO: O objetivo desse estudo foi explorar o significado do ensino simulado para formação de estudantes de enfermagem a partir das reflexões extraídas no *debriefing*. Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como objeto as falas do *debriefing* advindas de um ensaio clínico voltado ao estudo da simulação realística como estratégia de aprendizagem entre estudantes de enfermagem. O estudo foi realizado com 20 estudantes de enfermagem

de uma universidade pública do Distrito Federal, Brasil. As falas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, em que emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) “Influência do ensino simulado sobre o processo de aprendizagem”; 2) “Aspectos emocionais associados à simulação realística”; e; 3) “O papel do *debriefing* na autorreflexão”. O ensino simulado favorece o desenvolvimento de julgamentos clínicos e reconhecimentos antecipados de fragilidades, de modo a melhor preparar os alunos para o cenário prático. Além disso, permite uma aproximação com as responsabilidades da profissão de enfermagem em um cenário controlado, levando-os a uma profunda auto-reflexão a partir do *debriefing*, que os impulsiona na busca de uma melhor qualificação profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Simulação; Ensino; Enfermagem; Avaliação.

ABSTRACT: The aim of this study was to explore the meaning of the simulated teaching for the training of nursing students based on the reflections extracted in the debriefing. This is a qualitative study, which had as its object the reports of the debriefing coming from a clinical trial focused on the study of realistic simulation as a learning strategy among nursing students. The study was conducted with 20 nursing students from a public university in the Distrito

Federal, Brazil. The reports were analyzed through the technique of content analysis, in which the following thematic categories emerged: 1) “Influence of simulated teaching on the learning process”; 2) “Emotional aspects associated with realistic simulation”; and; 3) “The role of debriefing in self-reflection”. Simulated teaching favors the development of clinical judgments and early recognition of weaknesses, to better prepare students for the practical scenario. In addition, it allows an approximation with the responsibilities of the nursing profession in a controlled scenario, leading them to a deep self-reflection from the debriefing, which drives them in the search for a better professional qualification.

KEYWORDS: Simulation; Teaching; Nursing; Evaluation.

1 | INTRODUÇÃO

A simulação tornou-se uma ponte entre o conhecimento teórico e as habilidades práticas. Um ambiente seguro e realista é comumente adotado para educação na área de enfermagem e o alvo inclui melhorar habilidades cognitivas, afetivas e psicomotoras (LESTANDER ; LEHTO; ENGSTRÖM, 2016). A simulação é também empregada para substituir ou ampliar experiências reais que evocam ou representam aspectos essenciais do mundo real de maneira totalmente interativa. O emprego dela para a educação profissional de saúde começou há décadas com o uso de práticas simuladas de baixa fidelidade e evoluiu a um ritmo sem precedentes (LEVETT-JONES; LAPKIN, 2014).

Têm sido referidas vantagens na transferência de competências do contexto simulado para a realidade da prática clínica. Os estudantes revelam satisfação com a simulação por ser uma estratégia de aprendizagem recente, que permite perceber objetivamente a evolução consciente das suas capacidades reais (BAPTISTA *et al*, 2014). Quando comparada com outros métodos pedagógicos, a prática simulada apresenta melhores resultados do nível da satisfação e autoconfiança dos estudantes (BAPTISTA *et al*, 2014).

Nessa vertente, o *debriefing* enquanto pilar da simulação emerge como estratégia extremamente importante e de aplicação eficaz para a educação (ABATZIS; LITTLEWOOD, 2015). Após uma experiência de simulação, imprimir o debriefing enquanto prática, oferece aos estudantes oportunidade de analisar e refletir sobre suas decisões, ações e resultados (LESTANDER; LEHTO; ENGSTRÖM, 2016).

O *debriefing* desempenha um papel essencial na educação de estudantes e profissionais de saúde (ISSENBERG *et al*, 2015; McGAGHIE, 2010). Geralmente é adotado não somente para mediar fóruns de reflexão sobre ações praticadas, mas possibilita identificar lacunas de desempenho e as áreas de melhoria e, também consolidar conhecimentos e habilidades que possam ser aplicados na prática real para melhorar os cuidados de saúde e os resultados dos pacientes (RUDOLPH *et al*, 2008).

É notório que o *debriefing* em simulação represente o elemento singular da

aprendizagem (REIERSON *et al*, 2017. No entanto, são poucos os estudos que o examinam em profundidade na simulação. Este estudo buscou, portanto, explorar o *debriefing* como ferramenta para *feedback*, reflexão e desenvolvimento do conhecimento no ensino de enfermagem.

Vale ressaltar que o *debriefing* por possibilitar a reflexão fornece aos aprendizes a oportunidade de assumir um papel ativo durante o processo de aprendizagem. Sendo assim, para sua implementação seguir um guia estruturado pode ajudar educadores e até mesmo estudantes a facilitar um ambiente de aprendizagem que melhore o desenvolvimento do juízo clínico (AL SABEL; LASATER, 2016).

Os avanços da tecnologia têm tornado mais acessível e expandido o uso da simulação na educação em enfermagem, conforme sinalizam evidências científicas (BERNDT, 2014; OLIVEIRA; PRADO; KEMPFER, 2014). Durante a simulação a prática do *debriefing* é considerada o eixo central para aprendizagem, como processo analítico pós-experiência, em que se avalia a evolução e a integridade das lições aprendidas dentro da cognição e da consciência. O processo oferece oportunidades de explorar e discutir o que ocorreu e identificar o que poderia ser feito para mudar, fazer diferente ou melhorar da próxima vez (TEIXEIRA *et al*, 2015). Enquanto componente significativo da educação baseada em simulação, o *debriefing* é usado para apoiar a aprendizagem e otimizar os seus resultados (KROGH; BEARMAN; NESTEL, 2016).

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo explorar o significado do ensino simulado para formação de estudantes de enfermagem a partir das reflexões extraídas no *debriefing*.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório, desenvolvido com estudantes do curso de enfermagem de uma universidade pública, localizada no Distrito Federal, Brasil. Teve como objeto de análise as falas extraídas por meio do *debriefing* realizado a partir do desenvolvimento de um ensaio clínico (NCT 02653781), cujo o objetivo foi avaliar o uso da simulação realística de alta fidelidade como metodologia de ensino entre os estudantes de enfermagem. Este estudo foi realizado no período de julho a dezembro de 2016.

Para a composição da amostra do estudo, adotou-se como critérios de inclusão os estudantes que se inscreveram no curso de atualização em Administração de Medicamentos oferecidos pelos pesquisadores, o qual utilizou a simulação realística de alta fidelidade como intervenção de ensino a ser avaliada; aqueles com mais de 18 anos de idade regularmente matriculados no curso de graduação em Enfermagem; cursando entre o 6º e 10º período e concluído a disciplina de Semiologia e Semiotécnica II do curso de graduação em Enfermagem. Além disso, considerou-se os estudantes que participaram da simulação realística, seguido do *debriefing*.

Ao final do estudo, a amostra perfaz a somatória de 20 aprendizes que

participaram de toda a etapa da simulação realística. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista realizada no momento do *debriefing*, imediatamente após a vivência da simulação realística, em ambiente privativo e de maneira individualizada. Na entrevista foram abordadas questões, tais como: fale sobre o cenário da simulação realística e como você avalia seu desempenho? Como você se sentiu neste cenário? Da experiência que vivenciou hoje, o que poderia levar para a situação real de assistência à saúde?

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise das falas foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), com base nas seguintes etapas: constituição do *corpus* (composta pelas 20 entrevistas, utilizando-se o critério de exaustividade), leitura flutuante e preparação do material (transcrição na íntegra das gravações das entrevistas), codificação (os recortes foram realizados por nível semântico, utilizando-se como unidade de registro a unidade temática, com a identificação do entrevistado fonte pela numeração de E 01-20), categorização (seguiu-se a lógica semântica, agrupando-se os temas em três categorias temáticas conferidas por três diferentes membros da pesquisa para determinação da coerência e validação dos agrupamentos), e inferência e interpretação dos resultados (com base no objetivo do estudo, na significação do objeto estudado e no referencial teórico que ampara a temática).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Brasília (CEP-UnB) e aprovado através do CAAE 47071915.0.0000.0030. Todos os participantes assinaram o Termo de autorização de gravação de som e de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As principais categorias que nortearam a análise desse estudo, para compreensão do significado do ensino simulado para os estudantes de enfermagem, a partir de critérios semânticos extraídos das falas advindas do *debriefing*, foram: 1) “Influência do ensino simulado sobre o processo de aprendizagem”; 2) “Aspectos emocionais associados à simulação realística”; e, 3) “O papel do *debriefing* na autorreflexão”.

3.1 Influência do ensino simulado sobre o processo de aprendizagem

Nesta categoria os aprendizes reconheceram a utilização da simulação realística de alta fidelidade como uma abordagem de ensino, que possibilita um melhor preparo e segurança técnica e emocional ao lidar com as vivências no campo prático, de forma antecipada. Os relatos a seguir trazem exemplos disso:

O que é bom é que você não precisa estar na prática, passar essa situação com o paciente, você pode passar antes na faculdade para você aprender a se equilibrar emocionalmente [...] (E08) deveria ter mais simulações de outras situações para a gente chegar mais preparado no campo, mais seguro [...] (E09)

[...] A experiência com a simulação foi excelente, eu acho que poderia ser mais implantado ajudaria muito no processo de aprendizado como um todo. Acho que se a gente tivesse isso desde os primeiros momentos isso ajudaria demais [...] (E15) [...] O que foi mais interessante foi o fato de ver e fazer, eu vi fazendo, o professor explicou como fazia, a gente fez ali um workshop rapidinho. Ai depois a gente já foi para prática, como se fosse no hospital. Então eu acredito que isso faz você fixar com mais facilidade [...] (E10)

Neste sentido, é notório que o emprego da simulação realística favorece uma melhor fixação dos conhecimentos técnico-científicos, sendo até requerida de forma mais abreviada, na formação acadêmica pelos estudantes de enfermagem, visto que reconheceram estimular maior reflexão/autocrítica e o desenvolvimento de um raciocínio clínico qualificado, de forma mais precoce (SOUZA *et al*, 2017). E em resposta a crescente demanda de qualificação profissional e processos avaliativos, a simulação tem se revelado como uma estratégia vantajosa para instrução de habilidades processuais e modelo de aprendizagem inovador (HELLIER *et al*, 2017).

A educação de enfermagem baseada em simulações é uma abordagem pedagógica cada vez mais popular. Ela oferece aos aprendizes oportunidades para praticar suas habilidades clínicas e de tomada de decisão através de várias experiências situacionais da vida real (JUNGHEE; JIN-HWA; SUJIN, 2017). De fato, a evidência científica reforça ser possível inserir a prática da simulação em diversas disciplinas no ensino de graduação e pós-graduação. Além disso, enfatiza que o emprego desse método permite contemplar questões que incluem não apenas práticas profissionais, mas também o pensamento crítico e reflexivo desde os primeiros anos de formação (SANTOS; SATO, 2012). O uso da simulação tem sido considerado um valioso instrumento para capacitar os estudantes na área da saúde, por viabilizar a produção de experiências clínicas, abrangendo diferentes domínios (KARDONG-EDGREN *et al*, 2010). O estudante que participa da simulação tem a oportunidade de vivenciar fatos esperados e inesperados da prática profissional, muito próximos da realidade, o que influencia no desenvolvimento de maior responsabilidade profissional (JUNGHEE; JIN-HWA; SUJIN, 2017).

Os estudantes deste estudo, ainda fizeram uma relação entre o emprego do ensino tradicional e o uso da simulação realística. Nesta eles apontaram a simulação realística como uma estratégia pedagógica que favorece um melhor aprendizado, com base em algumas vantagens, a saber: melhor integração teórico-prática; desenvolvimento da habilidade comunicacional (não proporcionada pela abordagem tradicional); e, papel mais ativo do estudante no processo de ensino-aprendizagem, especialmente por meio do emprego do *debriefing*, que subsidia reflexões sobre ações, percepções, comportamentos e emoções vividas na simulação.

Nas aulas de laboratório é mais perca de tempo, dá mais foco só alguns grupos, e nem todo mundo tem a oportunidade. Porque às vezes, quando é no laboratório fica mais observando e não dá tempo de todo mundo fazer, e aqui todo mundo bota a mão na massa [...] (E13)

[...] A gente tem muita prova prática, mas que não é simulação realística, a gente não está habituada a falar com o paciente.(E01) Se a gente é habituada a falar com o paciente desde o início, isso facilita de uma forma gigantesca porque na vida real a gente tem que falar e a gente não está habituado com isso, então isso facilita demais.(E15)

[...] E, também o que ajudou muito a gente foi a questão do feedback, você saber onde você errou, o que faltou é mais interessante [...] (E08) a questão desse feedback faz muito mais diferença porque nas minhas práticas, na maioria das vezes, a gente não tem esse feedback. As vezes vem no laboratório mexe no bonequinho ali e tudo, mas fica por isso [...] (E15) mostrar “você fez isso e isso perfeitamente, mas em compensação você fez isso e isso de errado, faltou isso e isso em você, vamos trabalhar isso? Acho que foi o mais interessante [...] (E07)

A busca por abordagens metodológicas que melhor desenvolvam o aprendizado é algo premente entre os educandos. A simulação tem sido avaliada como abordagem pedagógica necessária no preparo de aprendizes para o papel exigente da profissão de enfermagem (ZAPKO *et al*, 2018). Evidências têm demonstrado que estudantes submetidos à simulação realística relatam ter maior segurança e conhecimento em sua abordagem clínica (AU *et al*, 2016; FRANKLIN; LEE, 2014). E ainda, recente metanálise comprovou o efeito positivo da simulação realística sobre o ensino da Enfermagem como melhoria de resultados da aprendizagem, ao comparar com nenhuma intervenção ou utilização da educação tradicional (Shin; Park; Kim, 2015) . Além disso, estudos de recente revisão sistemática demonstraram que a simulação realística aumenta os níveis de satisfação de professores e estudantes no desenvolvimento da prática de ensino (STROUP, 2014).

3.2 Aspectos emocionais associados à simulação realística

Nesta segunda categoria observou-se nas falas dos estudantes, ao vivenciar o desenvolvimento da simulação realística, uma mescla de emoções permeada pelo stress (nervosismo e medo, por exemplo). O que lhes permitiu avaliar sua prática e como bem expressou um dos participantes “ter o choque” e “acordar”:

Eu fiquei bem nervosa, me senti muito pressionada, a gente fica meio nervosa com a situação, apreensiva, ‘será que eu estou fazendo certo? Será que eu estou fazendo errado?’ Me senti bem apreensiva, bem nervosa, né, mas eu consegui fazer [...] (E 09)

[...] Eu me senti nervosa, mas foi um choque assim para mim acordar. Foi diferente dos outros estágios de estar realmente com o paciente. Aqui tipo simulou uma situação que é o que acontece mesmo na hora da correria, é os familiares, o barulho dos outros pacientes, é a correria, paciente está passando mal, paciente está vomitando. E você tentar se virar nos trinta [...] (E 13)

A simulação é um componente importante na educação da graduação em enfermagem por envolver atividades que imitam a realidade de um ambiente clínico projetado para demonstrar procedimentos, estimular a tomada de decisão e o pensamento crítico (JEFFRIES, 2015). Nessa perspectiva, a criação da situação de *stress* depende de fatores diversos, internos ou externos, que conduzem o indivíduo a

certo “desequilíbrio” entre suas capacidades – fator interno – e as demandas do meio que o circunda – fator externo –, levando-o a “instabilidade” (CHIPAS et al, 2012). Tal fato remete aos relatos supramencionados, onde o nervosismo e, conseqüentemente, o *stress* tomam conta do agir dos estudantes, mas é perceptível a atitude de adaptabilidade que elas se permitem no momento. O abalo emocional desencadeou nos estudantes um sentimento de impotência e bloqueio, expresso pela possibilidade de cometer erros durante o procedimento, pela pressão psicológica proporcionado pela vivência de um cenário da simulação realística. Tal “pressão” serviu para ajudá-los a rever seus conhecimentos e capacidade de tomar decisões, conforme explicitam os relatos a seguir.

[...] A gente sabe de como fazer o procedimento, mas com a pressão a gente fica meio nervosa (E 06) Eu me senti um pouco pressionada e a gente tem que aprender a sofrer essa pressão, e eu errei algumas coisas por falta de atenção mesmo e pelo nervosismo que me atrapalhou...(E10)

[...] Me senti nervosa, mas ao mesmo tempo tem que manter a calma tem que explicar para o paciente o procedimento, a família tipo falando: -“você vai usar essa agulha? É ranitidina, é?” Eu travei na hora. Eu não sabia, dá vontade de sair correndo, chorando [...] (E12)

[...] Me passou pela cabeça: -“E agora? O que eu faço? Vou dar conta?”. Eu fiquei tão nervosa que eu não chequei o item principal que era a medicação, eu peguei a primeira coisa que tinha lá e não li a medicação. Eu me senti impotente fiquei com a pressão toda, muito nervosa e eu senti assim uma carência muito grande de conhecimento de saber lidar com aquela situação [...] (E19)

O gerenciamento de conflitos é uma habilidade essencial que os estudantes de enfermagem precisam dominar, pois o conflito é inevitável em contextos clínicos (CHAN; SIT; LAU, 2014). O ensino simulado permite que situações previamente selecionadas, planejadas e validadas possam ser desenvolvidas até que se alcance um nível satisfatório de prática. Ao passo que tais práticas simuladas permitem aos estudantes participantes da simulação a chance de erro, sem que este traga conseqüências para o paciente, com *feedback* imediato de suas possíveis conseqüências em um cenário qualquer, o que diminui as falhas do estudante no campo de estágio em sua prática clínica e na sua futura vida profissional (MARTINS; BANDEIRA, 2014). Além disso, permite ao aprendiz, mesmo diante do abalo emocional rever seus conhecimentos e habilidades de modo a evitar maiores erros e danos aos usuários dos serviços de saúde, na sua prática profissional (SOUZA et al, 2017).

A estratégia de simulação ao mimetizar a realidade prática, possibilita ao estudante refletir criticamente sobre suas atitudes e reconhecer os fatores estressantes vivenciados. Desta forma é possível elaborar mecanismos de enfrentamento da situação para melhor desempenho profissional na prática clínica (BUBLITZ et al, 2016).

O decréscimo da atenção e da concentração, a deterioração da memória, o aumento do índice de erros, a dificuldade e a demora na resposta aos estímulos indicam alterações cognitivas geradas pelo estresse (SILVA; PEDRO; COGO, 2011).

Tal situação alerta aos estudantes da necessidade de auto avaliação e reflexão crítica no processo ensino aprendizagem e do manejo do estresse.

O nervosismo, mencionado pelos estudantes deste estudo, pode ser entendido no contexto da ansiedade. Sabe-se que a ansiedade em nível baixo influencia a aprendizagem ao gerar respostas positivas. No entanto, níveis elevados e constantes de ansiedade interferem no raciocínio lógico com repercussão no aprendizado e na saúde mental e física (NING *et al*, 2015)

Neste sentido, a vivência simulada pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades e competências, da autoconfiança e segurança na tomada de decisão, em um ambiente controlado, onde pode errar sem causar danos ou ser criticado (TEIXEIRA *et al*, 2015; TEIXEIRA *et al*, 2015).

3.3 O papel do *Debriefing* na autorreflexão

Nesta categoria ficou notório que a etapa do *debriefing* promoveu entre os estudantes de enfermagem a possibilidade do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo sobre as próprias atitudes. Neste sentido, favoreceu a autocrítica e identificação de fatores intrínsecos da personalidade de cada indivíduo, que refletiu no seu desempenho durante o desenvolvimento da atividade simulada. Isto, os possibilitou avaliar suas tomadas de decisões e suas competências, de modo a crescer e aprimorar, sem provocar danos ao paciente, conforme explicitam os relatos a seguir.

É uma situação assim que pode acontecer e a gente tem que estar preparado. E eu vi que tenho a necessidade de me preparar melhor para uma situação nesse caso [...] (E20)

[...] Que eu não posso correr com meu serviço, que eu tenho que fazer tudo no meu tempo, que eu tenho que atender e fazer o melhor possível. Mas que eu não posso sair pulando etapas, que o meu trabalho, ele tem que ser feito dentro das normas, que eu não posso pular etapa (...) (E13), porque eu posso acabar contaminando, fazendo algo de errado, então tenho que executar tudo dentro de um tempo [...] (E04)

[...] Eu percebi que preciso ser mais ágil porque eu não consegui terminar. Porque teve uma hora lá que eu derramei que fez a diferença no final que não foi o suficiente. E eu parei: ‘e agora?! Abro outra e desprezo tudo isso ou só completo?’ [...] (E 18)

[...] Eu acho muito válida porque te induz a aprender mesmo e a você a trabalhar esse seu erro, você está vendo ali aonde você está errando e você pode corrigir isso. E na próxima com certeza não vou errar isso. E vai ter outras “Ai meu Deus” imagina na parada, vai parar todo mundo mesmo [...] (E11)

Por meio do *debriefing*, o estudante se autoavalia; toma consciência de suas atitudes e responsabilidades. Ademais, se faz necessário que este estudante crie capacidade de lidar com situações difíceis e complexas, o que remete ao desenvolvimento de mecanismos de *coping* – “enfrentamento”; esforços para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças (TEIXEIRA, 2008). Este também é o momento do estudante obter um *feedback* construtivo do facilitador que, por sua vez, deve corrigir os erros e

promover a assimilação e a aceitação de novos conhecimentos (IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2015).

O *debriefing*, portanto, favorece a reflexão como uma das estratégias de aprendizagem. E, no contexto educacional ou profissional, o conceito de reflexão revela significado específico ao traduzir o processo de pensamento intencional com a pretensão de modificar comportamentos por meio de princípios ou valores essenciais, conhecimentos adquiridos e interpretação de situações vivenciadas ³.

Desta forma, o *debriefing* é uma etapa indispensável em qualquer processo de ensino simulado. É somente por meio dele que o autoconhecimento é promovido e a aprendizagem se torna de fato significativa. Neste sentido, é preciso concordar que sua prática sistematizada e com a utilização de *guidelines* favoreça o importante crescimento ao aprendiz (BAPTISTA *et al*, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino simulado foi categoricamente reconhecido como uma estratégia pedagógica que proporciona melhor preparo aos estudantes de enfermagem, em diferentes aspectos, tais como: na correlação teórico-prático; no desenvolvimento de habilidades emocionais e comunicacionais; e na autoconfiança para prática clínica. Ainda, o elegeram como uma metodologia de ensino mais abrangente e adequada à formação do enfermeiro, visto que proporciona a vivência da realidade profissional, em um ambiente seguro e controlado, ao permitir que o stress e erros advindos do processo de aprendizagem ocorra em um simulador de paciente e não no usuário do serviço de saúde, propriamente dito. Tudo isso estimula a auto-reflexão, crescimento e desenvolvimento das habilidades e competências necessárias ao exercício profissional, sem danos ao usuário e com maior qualificação e segurança.

Nesse contexto, a simulação realística revelou-se aos estudantes como abordagem mais efetiva para o processo de ensino e aprendizagem ao relacioná-la com o ensino tradicional. Por meio dessa proposta pedagógica, é possível corrigir e repetir, com um imperativo respeito ao tempo e fragilidades do aprendiz, no curso constante de uma autoavaliação e enfrentamento de diferentes situações complexas e estressantes que permeiam o cenário clínico. Contudo, em meio ao estresse, representado pelo nervosismo e medo, o sentimento de impotência e o bloqueio cognitivo e postural, relatado pelos estudantes, sinalizam a partir do realismo da cena a importância da experiência simulada como momento de vivenciar e reconhecer aspectos emocionais envolvidos no ato da assistência. Essas emoções relatadas e refletidas durante o *debriefing* possibilitam equacionar a resiliência e a tomada de decisão como elementos fundamentais da atuação profissional durante a formação.

Vale destacar, que o uso da metodologia qualitativa para explorar o significado da simulação realística permitiu abstrair os significados, as emoções e as autocríticas dos aprendizes sobre o processo de aprendizagem deflagrado, de modo a transpor a

esfera unilateral e punitiva da avaliação acadêmica. E ainda, favoreceu a retratação da subjetividade e a valorização pessoal, sem desmerecer os aspectos cognitivos, na contramão identificado como o processo que permite a reflexão sobre fragilidades e potencialidades, com maior potencial para o crescimento técnico-científico e humano. Sobretudo, proporcionou adentrar na complexidade das representações simbólicas, por meio da verbalização, em muitos, emocionalmente difícil, por se tratar de questões de foro pessoal e íntimo, que se dissipa à percepção daquele educador que se limita ao ensino bancário e a avaliação somativa.

Diante do exposto foi notório nas reflexões dos estudantes o reconhecimento do ensino simulado, especialmente a partir do *debriefing*, como diferencial para participação ativa e integrada no processo de ensino-aprendizagem. Identificou-se uma considerável vantagem em relação ao *feedback* tradicional, centrado no docente e na formação bancária. Contudo, os aprendizes relataram que a etapa do *debriefing* favoreceu o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo sobre o próprio aprendizado, com conseqüente aumento na responsabilização profissional.

Os resultados deste estudo apontaram, portanto, que a adoção do ensino simulado na formação do enfermeiro agrega vários significados positivos, ao ponto de mesmo não sendo o objeto do estudo os estudantes revelarem grandes vantagens em relação ao ensino tradicional. Além disso, destacaram ser de vital importância a adoção desta modalidade, desde o início da formação profissional, enfatizando a etapa do *debriefing* como uma ferramenta avaliativa que deve estar presente, visto que favorece um grande crescimento aos aprendizes, extrapolando em muito a avaliação normativa e impessoal. Portanto, sugere-se a busca pela adoção desta metodologia pedagógica nos cursos de Enfermagem, com a perspectiva de subsidiar a reflexão e o raciocínio clínico e crítico pautado em evidências científicas.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal – FAPDF (Edital 3/2015-Demanda Espontânea) – protocolo: nº 5118.25.33839.08072015

REFERÊNCIAS

Abatzis VT, Littlewood KE. **Debriefing in Simulation and Beyond**. Int Anesthesiol Clin 2015; 53(4): 151-62.

Al Sabei SD, Lasater K. **Simulation debriefing for clinical judgment development: A concept analysis**. Nurse Educ Today 2016; 45:42-7.

Au ML, *et al*. **Nursing students' perception of highfidelity simulation activity instead of clinical placement: A qualitative study**. Nurse Educ Today 2016; 39:16-21.

- Baptista RC, *et al.* **Simulação de alta-fidelidade no curso de enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes.** Rev Enf Referência 2014; IV (1):135-144.
- Bardin L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70 LDA, 2009.
- Berndt J. **Patient safety and simulation in prelicensure nursing education: an integrative review.** Teaching and Learning in Nursing 2014 ;9(1):16-22.
- Bublitz S, *et al.* **Association between nursing students' academic and sociodemographic characteristics and stress.** Texto Contexto Enferm 2016; 25(4): e2440015.
- Chan J C, Sit E N, Lau WM. **Conflict management styles, emotional intelligence and implicit theories of personality of nursing students: A cross-sectional study.** Nurse Educ Today 2014; 34 (6): 934-939.
- Chipas A, *et al.* **Stress: Perceptions, manifestations, and Coping Mechanisms of Student Registered Nurse Anesthetists.** AANA J. 2012; 80 (4 Suppl): S49-55.
- Crowe S, Ewart L, Derman S. **The impact of simulation based education on nursing confidence, knowledge and patient outcomes on general medicine units.** Nurse Educ Pract 2017; 26(29):70-75.
- Decker S, *et al.* **Standards of best practice: Simulation standard VI the debriefing process.** Clin Simul Nurs 2013; 9(6): S26-9.
- Franklin AE, Lee C S. **Effectiveness of simulation for improvement in self-efficacy among novice nurses: a meta-analysis.** J. Nurs. Education 2014; 53 (11): 607-14.
- Hellier SD, *et al.* **An Innovative Approach: Using Simulation to Teach Primary Care Gynecologic Procedures.** Simul Healthc 2017; 12(4):268-273.
- Iglesias AG, Pazin-Filho A. **Emprego de simulações no ensino e na avaliação.** Medicina (Ribeirão Preto) 2015; 48(3): 233-40.
- Issenberg SB, *et al.* **Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review.** Med Teach 2005; 27:10–28.
- Jeffries PR. **Reflections on Clinical Simulation: The Past, Present, and Future.** Nurs Educ Perspect 2015; 36(5): 278-9.
- Junghee Kim, Jin-Hwa Park, Sujin Shin. **Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis.** BMC Med Educ 2016; 16: 152.
- Kardong-Edgren S, Adamson KA, Fitzgerald, C. **A Review of Currently Published Evaluation Instruments for Human Patient Simulation.** Clin Simul Nurs 2010; (6): e25-e35.
- Krogh K, Bearman M, Nestel D. **“Thinking on your feet”-a qualitative study of debriefing practice.** Adv Simul (Lond) 2016; 2(1):12.
- Lestander Ö, Lehto N, Engström Å. **Nursing students' perceptions of learning after high fidelity simulation: Effects of a Three-step Post-simulation Reflection Model.** Nurse Educ Today 2016; 40:219-24.
- Levett-Jones T, Lapkin S. **A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education.** Nurse Educ Today 2014;34(6): e58-e63.

Martins A, Bandeira A. **Aprender pela simulação: Experiência do graduando.** In: Martins JCA, *et al.* A simulação no ensino da Enfermagem, Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

McGaghie WC, *et al.* **A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009.** Med Educ 2010; 44:50–63.

Ning LI, *et al.* **The anxiety and influence factor of the nurse students in different levels before the NCLEX-RN.** Iran J Public Health 2015; 44 (4): 588-589.

Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. **Use of simulations in nursing education: an integrative review.** REME Rev Min Enferm 2014 ;18(2):487-95.

Pacheco S. **Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem.** Referência 2008; Ila serie (7): 89-95.

Reiersen IÅ, Haukedal TA, Hedeman H, Bjørk IT. **Structured debriefing: What difference does it make?** Nurse Educ Pract 2017; 25: 104-110.

Rudolph JW, *et al.* **Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education.** Acad Emerg Med 2008; 15:1–7.

Santos EC, Sato SN. **Simulação na Graduação de Profissionais da Saúde.** In: Quilici AP, Abrão KC, Timerman S, Gutierrez F. Simulação Clínica – conceito a aplicabilidade. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

Shin S, Park JH, Kim JH. **Effectiveness of patient simulation in nursing education: Metaanalysis.** Nurse Educ Today 2015; 35 (1): 176–82.

Silva APSS, Pedro E N R, Cogo A L P. **Chat educacional em enfermagem: possibilidades de interação no meio virtual.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45 (5): 1213-1220.

Souza J M O, *et al.* **Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado.** In: Atas do 6º Congresso Ibero-Americano de Investigación Cualitativa; 2017; Salamanca. p. 841-848.

Stroup C. **Simulation usage in nursing fundamentals: integrative literature review.** Clin Simul Nurs 2014; 10(3): e155-64.

Teixeira CRS, *et al.* **Avaliação dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem com a simulação clínica.** Rev. Bras. Enferm 2015; 68 (2): 311-319.

Teixeira CRS, *et al.* **Avaliação dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem com a simulação clínica.** Rev. Bras. Enferm 2015; 68 (2): 311-319.

Zapko KA, *et al.* **Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: A descriptive study.** Nurse Educ Today 2018; 60:28-34.

DESAFIOS DO ENFERMEIRO FRENTE À DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Renata Kelly dos Santos e Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Gabriela Araújo Rocha

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

David de Sousa Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Denival Nascimento Vieira Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Vitória Eduarda Silva Rodrigues

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Francisco Gerlai Lima Oliveira

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Raissy Alves Bernardes

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Maria da Glória Sobreiro Ramos

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

João Matheus Ferreira do Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem

Vicente Rubens Reges Brito

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –

Piauí. Departamento de Enfermagem

Luana da Silva Amorim

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Nutrição

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos –
Piauí. Departamento de Enfermagem.

RESUMO: O câncer de mama corresponde a 16% de todos os cânceres femininos, representando, no Brasil, um problema de saúde pública. Assim, é importante que o diagnóstico precoce seja feito ainda no início da doença, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o local ideal para iniciar estratégias de detecção. Nesse contexto, o enfermeiro é essencial durante a consulta de enfermagem com o exame clínico das mamas e orientação no autoexame. Diante disso, o trabalho tem como objetivo identificar os desafios do enfermeiro frente à detecção precoce do câncer de mama na APS. Revisão de literatura realizada entre maio de 2018 a março de 2019, dispondo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e SCIELO – Scientific Electronic Library Online. Critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra dos últimos quatro anos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram encontrados 356 artigos, em que 11

adequaram-se à problemática discutida. Pôde-se observar que a falta de capacitação dos profissionais é um dos principais desafios para o enfermeiro detecção da doença na APS. A cultura também é expressiva diante das dificuldades, ao notar pacientes sentirem vergonha de ser tocadas e, assim, desvalorizar as ações de saúde com permuta de benefícios e desmotivação profissional. Concluiu-se que os desafios pelos quais os enfermeiros estão expostos atuando na APS interferem negativamente no diagnóstico precoce do câncer de mama, necessitando de maiores investimentos na capacitação e educação permanente desses profissionais para garantir uma atenção de qualidade às usuárias do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Atenção Primária à Saúde; Câncer de mama.

NURSES 'CHALLENGES IN RESPONSE TO EARLY DETECTION OF BREAST CANCER IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT: Breast cancer accounts for 16% of all female cancers, representing a public health problem in Brazil. Thus, it is important that the diagnosis is not yet the beginning of the disease, being a Primary Health Care (OPS). In this context, the nurse is essential during a nursing consultation with the clinical examination of the breasts and non-self-examining orientation, however, many challenges are encountered in their effectiveness. Therefore, the objective of this study is to identify the challenges of treatment in the early detection of breast cancer in PHC. Literature review conducted between May 2018 and March 2019, with the Virtual Health Library (VHL) and the electronic library SCIELO - Scientific Electronic Library Online. Inclusion criteria: articles available in the last four years, in Portuguese, English and Spanish. A total of 356 articles were found, where 11 were adequate to the problematic discussed. What is a lack of ability for professionals to detect disease early is a disease in PHC. The knowledge is expressive ahead of the tasks, not registered patients to Shame of Sercotated and, thus, devalue the actions of health with the exchange of benefits and professional demotivation. It is concluded that the protagonists are exposed to a model of prevention of early breast cancer, requiring greater efforts in the area of training and permanence of professionals to maintain quality care in the users of the service.

KEYWORDS: Nurse; Primary Health Care; Breast cancer.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor (BRASIL, 2013).

É a principal neoplasia entre as mulheres em todo o mundo, sendo responsável por

16% de todos os cânceres femininos. Sua incidência é maior em países desenvolvidos, porém a sobrevida apresenta uma relação inversa com magnitude dos casos, de modo que, 69% das mortes registradas pela doença são de países em desenvolvimento (OMS, 2013).

Para o Brasil, estimam-se 59.700 casos novos de câncer de mama, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o primeiro mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste (51,96/100 mil) e Nordeste (40,36/100 mil). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100 mil) (BRASIL, 2017).

Tal neoplasia se configura como um problema de saúde pública no Brasil, sendo evidenciada como um desafio para o sistema de saúde no sentido de proporcionar o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento desta doença. Dessa forma, o diagnóstico precoce deve ser garantido ainda no início do adoecimento. Para detecção precoce do câncer de mama, recomenda-se o rastreamento por meio de educação em saúde; aconselhamento para autoexame; rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos; exame clínico das mamas e mamografia anual a partir dos 35 anos para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama e a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (ZAPPONI, 2015).

Acredita-se que o local primordial para o desenvolvimento dessas ações seja a Atenção Primária à Saúde (APS), que tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modelo de atenção, visto que esta é atualmente descrita pelo Sistema Único de Saúde como a porta de entrada preferencial, onde se objetiva a resolução da maioria dos problemas de saúde preventivos da população (TEIXEIRA et al., 2017).

A APS é o ambiente oportuno para o desenvolvimento de estratégias para a detecção precoce do câncer de mama, que se destacam o diagnóstico precoce com a abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença e o rastreamento pela aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento (INCA, 2018).

Essa estratégia de diagnóstico precoce contribui significativamente para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher, através da educação em saúde e também dos profissionais de saúde com educação continuada, para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde (INCA, 2018).

No entanto, a proposta de estabelecer a APS como eixo estruturante do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama é recente e pouco tem sido publicado sobre

o desenvolvimento das ações de saúde nesta área, principalmente no que tange à atuação do enfermeiro nesse nível de atenção (TEIXEIRA et al., 2017).

O profissional de enfermagem detém destaque na prestação de cuidados a mulheres com câncer de mama, na assistência à prevenção com o Exame Clínico das Mamas, mamografia e indicação do Autoexame das Mamas buscando a detecção precoce, acompanhando ao paciente no diagnóstico, orientações durante o tratamento sobre seus efeitos e instrução sobre o autocuidado e na alta hospitalar (FERRARI et al., 2018).

Assim, no quesito da assistência à prevenção e controle desses casos, as políticas públicas de saúde, no âmbito da atenção primária, preveem um amplo espectro de atividades de enfermagem, com uma considerável autonomia de suas práticas, como por exemplo: consulta de enfermagem, coleta de exames preventivos e exame clínico das mamas; solicitação de exames complementares e prescrição de alguns medicamentos; atendimento domiciliar segundo a necessidade; coordenar e supervisionar o serviço dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem (ZAPPONI, 2015).

Preferencialmente voltando-se para as orientações do autoexame e durante o exame clínico das mamas, deve-se observar e instruir os pacientes sobre os sinais a serem detectados, sendo o principal, a manifestação de nódulos fixos, regularmente indolores, que se apresentam na maior amplitude dos casos quando detectados pela própria paciente; além de demais sinais presentes como, rubor da mama, anormalidades na fisionomia, alterações na forma do mamilo, destaque de pequenos nódulos na região axilar e/ou no pescoço, e a saída de líquido pelo mamilo (FERRARI et al., 2018).

Portanto, a detecção precoce deve ser encorajada ainda no nível da atenção primária, para evitar a progressão da doença e demais complicações ocasionadas, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de atuar, dentro de suas competências, na criação de um vínculo com as usuárias, de modo que sejam assistidas integralmente. Para tanto, é necessário que a enfermagem esteja munida de um conhecimento técnico-científico aprofundado sobre suas disposições, além de prover das condições adequadas que efetivem uma atuação eficaz, que muitas vezes não se fazem presentes nos serviços de saúde, fato este que justifica a pesquisa.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar, conforme literatura científica, os desafios do enfermeiro frente à detecção precoce do câncer de mama na APS.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, com o propósito de analisar as pesquisas existentes para melhor entendimento de um determinado fenômeno. A partir da realização de revisão integrativa é que surgem novas teorias, bem como identifica-se lacunas existentes na ciências e assim, oportuniza o surgimento

de hipóteses e desperta a necessidade de realização de outros estudos. (BOTELHO; CUNHA; MARCELO, 2011).

A revisão integrativa da literatura na enfermagem, potencializa a construção de conhecimento fundamentado e uniforme para que enfermeiros ofereça assistência de enfermagem. Essa estratégia objetiva reunir e sintetizar resultados de pesquisas realizadas sobre uma delimitada temática e/ou hipótese, de maneira ordenada seguindo uma sistematização, corroborando para o aprimoramento minucioso do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Essa revisão de literatura foi realizada no período entre maio de 2018 a março de 2019, mediante a leitura de publicações contidas no repositório da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na base de dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, via BVS. Os descritores controlados, utilizados nas plataforma de busca foram selecionados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), sendo eles: “Enfermeiro”, “Atenção Primária” e “Câncer de mama”, foram utilizados seus correspondentes em inglês e espanhol.

Descrição	PICo	Componentes	Descritores (Decs-BVS*)
População	P	Artigos	-
Interesse	I	Detecção precoce do Câncer de mama por enfermeiros	“Câncer de mama”; enfermeiro
Contexto	Co	Atenção primária à saúde	“Atenção primária”

Quadro 1 - Pergunta de pesquisa, segundo a estratégia Problema, Intervenção, Controle e Outcomes, resultados esperados - PICO, Brasil, 2019.

Legenda: Descritores em Ciências e Saúde (DECs) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, publicados num recorte temporal de 2014 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos revisões de literatura, literatura cinzenta (teses, dissertações, monografias) e aqueles que se apresentaram repetidos e/ou não conservaram relação com o tema.

Após o cruzamento dos descritores, foram encontrados 356 publicações, aplicou-se os critérios de inclusão, restando 36 publicações, a seleção dos estudos de interesse, procedeu-se a princípio, pela leitura dos títulos e resumos de todos os artigos encontrados posterior a filtragem, com base nos critérios de inclusão. A partir dessa análise houve a seleção dos 11 artigos que foram lidos na íntegra, com o intuito de utilizar apenas aquelas publicações relevantes e coerentes com a problemática discutida nesse estudo, conforme disposto na figura 1.

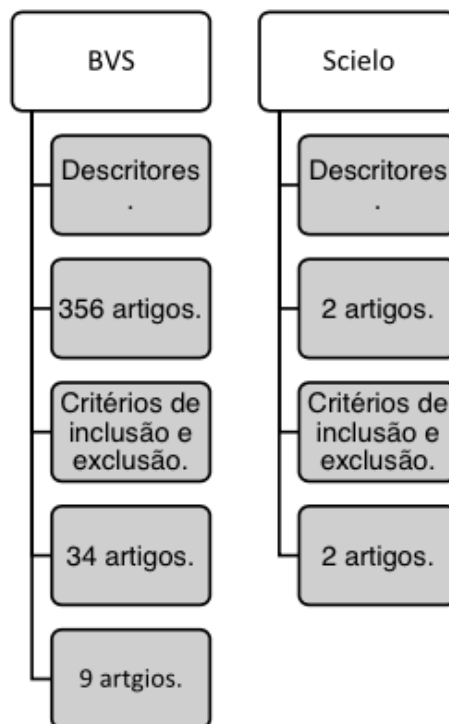


Figura 1 – Seleção de publicações para a problemática discutida nesta obra

A análise dos estudos publicados foi mediada por um instrumento validado, em que foram abordadas variáveis quanto ao título, autores, ano e país de publicação. Ainda se aplicou a organização dados referentes à metodologia empregada e aos resultados apresentada por cada estudo (URSI, 2005). Os princípios éticos foram mantidos, respeitando-se os direitos autorais dos autores, mediante citação de cada um deles.

3 | RESULTADOS

A análise dos artigos resultou na elaboração de um quadro para melhor organização dos dados, contemplando o título, autor, ano, país de publicação, método de estudo e resultados das publicações abordadas.

Nº	TÍTULO	AUTORES; ANO; PAÍS	MÉTODO	RESULTADOS
1	Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil.	Brito, et al; 2010; Brasil.	Estudo transversal, prospectivo, dividido em setores censitários, por meio de amostragem por conglomerados	Verificou-se que a maioria (67,8%) das pacientes conhecia o autoexame das mamas. Acredita-se que quanto maior for o grau de estudo, maiores serão as oportunidades de acesso aos serviços de Saúde e melhor será o conhecimento adquirido sobre métodos de prevenção. Variáveis como a renda familiar e a presença de emprego não estiveram associadas à maior adequação do conhecimento ou prática.

2	Conduta de profissionais durante a consulta de rastreio do câncer de mama e útero	Bertocchi, et al; 2014; Brasil.	Estudo quantitativo.	Conclui-se que a consulta de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama não tem sido realizada conforme recomendações do Ministério da Saúde na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, sugerindo adequação da consulta à mulher nos parâmetros estabelecidos.
3	O Enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária	Zapponi; Tocantins; Vargens; 2015; Brasil	Estudo qualitativo, apoiada na fenomenologia sociológica de Schutz.	As ações realizadas pelos enfermeiros no âmbito da atenção primária pautam-se apenas no aspecto físico das mulheres grávidas, sendo descartado um olhar mais profundo acerca do processo de detecção precoce do câncer de mama.
4	Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama	Melo, et al; 2017; Brasil	Estudo descritivo de corte transversal.	Ações para detecção precoce do câncer de mama, recomendadas para serem desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção primária à saúde, estão sendo por eles executadas. No entanto, ao comparar a conformidade dessas ações com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para o controle desse agravo constatou-se a necessidade de adequá-las, procedendo a ajustes na sua execução e investindo na capacitação dos profissionais, de modo a aprimorar a qualidade da assistência prestada.
5	Atuação do Enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama	Teixeira, et al; 2017; Brasil	Estudo descritivo de corte transversal	Os Enfermeiros executam ações de sua competência voltadas para o rastreamento do câncer de mama, com base nas orientações do Ministério da saúde, mas, algumas atividades desse processo acabam não sendo efetuadas completamente, como: realização de faixa na etária adequada, intervalo de tempo para o exame físico e mamografia. Tendo como base de justificativa dos profissionais, a alta demanda de atendimento, falta de tempo e falta de capacitação.
6	Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário	Marques; Silva; Gutiérrez; 2017; Brasil.	Estudo descritivo de corte transversal	Verificou-se que a maioria dos enfermeiros possui pós-graduação relacionada à APS; há grande variação temporal do exercício profissional (entre 4 meses a 25 anos) contribuindo para alta rotatividade dos profissionais. A frequente substituição da mão de obra da enfermagem constatada tende, por sua vez, a impactar negativamente na qualidade da assistência. A falta de rotina da realização do exame clínico das mamas dificulta a atuação do enfermeiro nessa área.

7	Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: A mixed methods study	McIlfatrick; Keeney; McKenna; McCarley; McIlwee; 2014; United Kingdom.	Estudo descritivo de corte transversal	Os enfermeiros da APS oferecem serviços de prevenção contra o câncer, como a identificação dos fatores de risco e a adoção de um estilo de vida saudável. Os resultados indicaram que um pequeno número de enfermeiros não se considera importante na prevenção do câncer, citando uma “falta de demanda” como a principal razão. O tempo também foi sugerido como um fator limitante enfermeiros. A habilidade de construir uma relação enfermeiro-paciente é fundamental para garantir o cuidado à saúde.
8	Fatores que influenciam ações educativas sobre câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família	Mattos, et al; 2016.	Estudo Descritivo de abordagem qualitativa.	São fatores que influenciam na adesão da população feminina as atividades de educação em saúde: o conhecimento que possuem sobre o câncer de mama, acolhimento e criação de vínculo entre profissional e usuárias, e a estrutura e insumos disponíveis. E entre os aspectos que dificultam as atividades do enfermeiro na Atenção Primária a Saúde estão os culturais, fazendo com que as pacientes tenham vergonha de serem tocadas, desvalorização das ações de saúde com permuta de benefícios e desmotivação profissional

Quadro 1: Caracterização dos artigos quanto ao título, autor/ano/país de publicação, método e resultados. Picos, 2019.

4 | DISCUSSÃO

Em proporção mundial, o câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres. Abrangendo cerca 23% dos cânceres femininos diagnosticados em mais de 1,1 milhões de mulheres por ano. Apresentando um alto índice de mortalidade, que corresponde ao total de 411 mil mortes e corresponde a 1,6% dos óbitos femininos por todas as causas (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

No Brasil, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, representando cerca de 22% dos casos novos a cada ano. Estudos apontam que a estimativa para o ano de 2014 foi à mesma estimada para 2015, correspondendo a um total de 57.120 mil casos novos (BERTOCCHI, 2014; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Diante deste cenário, destaca-se a importância da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher, que no âmbito da atenção primária, possibilita um acompanhamento inicial, visando à promoção à saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de mama, sendo este último aspecto importante, para o aumento significativo da perspectiva e qualidade de vida das mulheres (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Para alcançar estes objetivos, atividades de educação em saúde são de suma

importância no âmbito da atenção básica. A adoção de meios como uma linguagem de fácil compreensão pela população leiga, realização de acolhimento com criação de vínculo e a participação ativa no processo saúde-doença das pacientes, são fatores que permitem um atendimento integral e influenciam positivamente na participação das atividades educativas que visam de prevenção ao câncer de mama (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

Entretanto, no processo de atendimento dos enfermeiros na atenção primária à saúde, percebe-se uma quebra em um dos princípios basilares do sistema único de saúde (SUS), a integralidade, isto acontece devido à consulta de rastreamento de câncer de mama não seguir todos os parâmetros que são estabelecidos pelo ministério da saúde, somando a uma visão fragmentada que pauta-se apenas na saúde reprodutiva da mulher, mas especificadamente, no período gravídico e amamentação, impossibilitando um olhar voltado para detecção precoce de anormalidades na mama (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Esse aspecto supracitado tem relação direta com a falta de capacitação dos profissionais, pois a educação permanente possibilitaria que os mesmos detivessem o conhecimento para subsidiar suas atividades referentes à detecção precoce do câncer de mama (TEIXEIRA et al. 2017). Para o aperfeiçoamento das relações sociais estabelecidas nos serviços de saúde e a melhora no relacionamento individual com os usuários, a capacitação dos profissionais e a organização da rotina de atendimentos da Estratégia Saúde da Família são de valor fundamental (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

A aptidão relacional no ambiente de trabalho deve ultrapassar os muros da instituição acolhedora, uma vez que atuando no nível primário de saúde o enfermeiro tem maior contato direto com as pacientes, podendo visitá-las em sua residência e formar vínculos que facilitem o acesso regular aos serviços de saúde. Nesse contexto cita-se a atuação dos agentes comunitários de saúde que muitas vezes fornecem informações importantes para as ações do enfermeiro (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016), o que permite inferir que o bom relacionamento entre profissionais é fator considerável na garantia da integralidade horizontal da assistência, com a identificação de casos específicos que demandem maior atenção do profissional.

O treinamento da equipe a respeito do câncer de mama, suas formas de prevenção e diagnóstico precoce, é de extrema importância. O estudo de Marques; Silva e Gutiérrez (2017) realizado na cidade de São Paulo, verificou que mais da metade dos enfermeiros participantes havia recebido treinamento para a detecção de câncer de mama. Entretanto, uma pequena proporção desses profissionais realizava reuniões educativas sobre o tema; a maioria apenas estimulava a autopercepção corporal feminina por meio do ensino do Autoexame das Mamas (AEM) e educava o público sobre saúde nos momentos mais intimistas, como na consulta ou na coleta do citopatológico do colo de útero. A falta de rotina é pontuada pelos enfermeiros como grande dificuldade de atuar de forma eficaz, uma vez que os enfermeiros mais

experientes conseguiam atuar melhor do que os novatos.

De modo semelhante, a burocratização do sistema de saúde se configura como uma barreira pertinente sob as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na ESF. O longo processo de espera para realização e resultado de exames de mamografia e o difícil acesso a consultas com especialistas acarreta em perda da credibilidade, desmotivando-as a buscarem o serviço da unidade de saúde e conseqüentemente dificultando ainda mais a identificação precoce de casos de câncer (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

A rotatividade de profissionais nos serviços de atenção primária à saúde configura-se como outro desafio para assistência à saúde e para prevenção do câncer. A contínua substituição da equipe de enfermagem tende a impactar negativamente na qualidade da atenção, no desenvolvimento do vínculo entre profissional e usuário e na adesão dos usuários ao serviço, pontos fundamentais para o alcance de cuidados de saúde mais efetivos. Ademais, a organização do serviço altera-se, provocando por vezes sobrecarga nos profissionais antigos e frustração nos novos, o que conseqüentemente fragiliza e descontinua a assistência (MARQUES; SILVA; GUTIÉRREZ, 2017).

A forma como o profissional se sente quanto a efetividade das ações promovidas no ambiente de saúde deve ser considerada para atestar a qualidade no atendimento, pois o funcionamento desorganizado e com falhas na integração da rede de atenção à saúde provoca desmotivação nos enfermeiros da APS, configurando-se como obstáculo no diagnóstico precoce do câncer de mama (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

Percebe-se que a eficácia das ações desenvolvidas pelo enfermeiro perpassa uma série de componentes envolvidos no atendimento de saúde tornando um processo complexo e multifacetado, envolvendo desde os recursos humanos locais, recursos materiais e de funcionamento do serviço de saúde como um todo.

Diante desse cenário de dificuldades, convém destacar como um dos pontos favoráveis na prevenção do câncer de mama, o alto nível de conhecimento das mulheres em relação ao autoexame, como mostra o estudo de Brito (2010). O autoexame não é um recurso de detecção da neoplasia na sua fase pré-clínica, mas proporciona a identificação de anormalidades na fase clínica precoce, tornando assim, uma maneira eficaz na interrupção da evolução da doença por meio de tratamentos específicos (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2014).

Elementos da estrutura física da unidade de saúde bem como os insumos disponíveis também são fatores que podem atuar facilitando ou interferindo negativamente no atendimento de enfermagem. Isso porque referências culturais fazem com que algumas mulheres se sintam envergonhadas pela exposição corporal necessária ao ser examinada pelo profissional, inibindo-as a realização do exame. A fim de modificar esse cenário é imprescindível que a unidade possua espaço reservado e organizado para esse fim, gerando maior conforto e segurança às pacientes e refletindo na adesão ao serviço de promoção a saúde (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

O enfermeiro deve atuar como elo entre o usuário e seu bem-estar social, sendo

sujeito capacitado e sentir-se responsável pela manutenção da saúde da população a qual está sob seus cuidados. Um estudo realizado no Reino Unido em 2014, revelou que 98,6% dos enfermeiros entrevistados sentiam-se responsáveis pela prevenção do câncer, 58,7% sentiam-se capacitados sobre o tema, 99,5% acreditava que poderia motivar os pacientes a viver de forma saudável e 97,6% declararam ter papel importante na prevenção do câncer (MCILFATRICK et. al., 2014).

Através das Secretárias de Saúde são instauradas tentativas de atualizar os profissionais e capacitá-los a melhora de habilidades no serviço de saúde. No entanto, os profissionais relatam que ao propor atividades de educação em saúde para a população, nota-se uma significativa desvalorização das ações de saúde. O oferecimento de brindes e lanches como permuta de benefícios torna-se essencial para chamar a atenção da população, demonstrando claramente o desinteresse pelas informações oferecidas (MATOS; SILVA; KÖLLN, 2016).

Tal costume se opõe as investidas em sensibilizar a população acerca de mudanças no comportamento para que este seja favorável a promoção de saúde, o que exige dos profissionais o estudo minucioso de estratégias para atrair a população a feminina a cuidar-se e garantir um diagnóstico precoce ao câncer de mama.

5 | CONCLUSÃO

Os desafios do enfermeiro frente à detecção precoce do câncer de mama na atenção primária à saúde foram identificados na literatura científica, na qual contribuíram para reconhecer essas barreiras e propor um pensamento crítico voltado para resolubilidade. Um ponto bastante enfatizado a respeito da temática é a visão fragmentada da saúde da mulher, pautando-se prioritariamente no aspecto reprodutivo. Além disso, com a quebra do princípio da integralidade, a burocratização do sistema de saúde no processo de realização de exames ainda representa um desafio.

Ademais, sugere-se que hajam novas produções acerca dessa temática, com intuito de fortalecer a educação permanente dos profissionais e minimizar reveses.

REFERÊNCIAS

BERTOCCHI, F. M.; FERNANDES, B. M.; ALMEIDA, M. I. G.; FREITAS, S. C.; PAIVA, C. C. N.; PAULA, E. A. **Conduta de profissionais durante a consulta de rastreamento do câncer de mama e útero**. Rev. Rene., v. 15, n. 6, p. 973-979, nov./dez. 2014.

BOTELHO, L.L.R; CUNHA, C.C.A; MARCELO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. Revista eletrônica Gestão e Sociedade, v.5, n.11, p.121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRITO, L. M. O.; CHEIN, M. B. C.; BRITO, L. G. O.; AMORIM, A. M. M.; MARANA, H. R. C. **Conhecimento, prática e atitude sobre o autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet., v. 32, n. 5, p. 241-246, 2010.

FERRARI, C. F. et al. **Orientações de Autocuidado do Enfermeiro para a Mulher em Tratamento para Câncer de Mama.** Rev. de Enferm. UFPE [online]. Recife, v. 12, n. 3, p. 676-683, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Deteção precoce do câncer de mama.** Rio de Janeiro, 2018. Acesso em: 27 de março de 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/deteccao-precoce>>. Acesso em: 30 de março de 2019.

MARQUES, C. A. V.; SILVA, V. R.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Ações do enfermeiro na deteção precoce do câncer mamário.** Rev enferm UERJ, v. 25, 2017.

MATTOS, M.; SILVA, K. L.; KÖLLN, W. M. **Fatores que influenciam ações educativas sobre câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família.** Revista de saúde pública do paraná, v. 17, n. 40-48, 2016.

MCILFATRICK, S.; KEENEY, S.; MCKENNA, H.; MCCARLEY, N.; MCLLWEE, G. **Exploring the actual and potential role of the primary care nurse in the prevention of cancer: A mixed methods study.** European Journal of Cancer Care, v. 23, p. 288-299, 2014.

MELO, F. B. B.; MARQUES, C. A. V.; ROSA, A. S.; FIGUEIREDO, E. N.; GUTIÉRREZ, M. G. R. **Ações do enfermeiro na deteção precoce do câncer de mama.** Rev Bras Enferm [Internet]., v. 70, n. 6, p. 1183-1193, nov./dez. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

OMS (Organización Mundial de La Salud) [Internet]. **Cáncer de mama: prevención y control [Internet].** 2013 [updated 2013 Sept 11; about 5 screens.]. Available from: <<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>>.

TEIXEIRA, M. et al. **Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 1, 2017.

TEIXEIRA, M.S. et al. **Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama.** Acta Paul Enferm, v.30, n.11, p.1-7, 2017.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. C. **O enfermeiro na deteção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.** Rev enferm UERJ, v.23, n.1, p. 33-38, 2015.

DISFUNÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO VALE DO SINOS

Julia Garske Rieth

Universidade Feevale

Novo Hamburgo- Rio Grande do Sul

Márcia Augusta Basso de Alexandre

Universidade Feevale

Novo Hamburgo- Rio Grande do Sul

RESUMO: A presente pesquisa teve como objetivo geral identificar se há presença de disfunções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho de profissionais de Enfermagem da unidade do Pronto Socorro de um hospital do Vale do Sinos, e os objetivos específicos foram identificar quais são as regiões do corpo que referem disfunções musculoesqueléticas e estimar o nível de risco postural dos trabalhadores. Caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, epidemiológica e transversal, com análise dos dados num protótipo quantitativo, a amostra foi por conveniência, não-probabilística. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa o Diagrama de Corlett, para identificar as disfunções musculoesqueléticas e o Rapid Entire Body Assessment (REBA), para avaliar a ergonomia dos trabalhadores. A amostra foi composta por 65 trabalhadores, apresentou predominância do gênero feminino de 84,6% (55). Destes, 73,8% (48) são técnicos de Enfermagem, 15,4% (10) enfermeiros, e 10,8% (7) auxiliares de Enfermagem. Verificou-se um

percentual de disfunções musculoesqueléticas, através do Diagrama de Corlett, na região costas inferior (lombar), tendo como média 4 (bastante desconforto), seguido da região cervical, média 3 (desconforto moderado), ombro e joelho esquerdo com média 2 (algum desconforto). Quanto à avaliação ergonômica, utilizando o REBA, percebeu-se que 49,2% (32), necessitam ter uma intervenção logo; 27,7% (18) necessitam uma ação imediata; em 21,5% (14), é necessária intervenção, e 1,5% (1), pode ser necessária intervenção. Conclui-se a importância da adoção de medidas educativas e preventivas, a fim de evitar comprometimento maior do sistema musculoesquelético dos trabalhadores das equipes de Enfermagem pesquisadas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Quiropraxia, Disfunções Musculoesqueléticas, Corlett, REBA.

MUSCULOSKELETIC DYSFUNCTIONS IN NURSING WORKERS OF A VALE DO SINOS HOSPITAL

ABSTRACT: The objective of this study was to investigate the existence of musculoskeletal dysfunctions related to the work of nursing professionals in the Emergency Unit of a Vale do Sinos hospital. More specifically,

the study identifies which regions of the body were affected by the musculoskeletal dysfunctions and estimates the level of postural risk of each worker and characterizes the Labor Profile of the sample. It was characterized as descriptive, epidemiological and transversal research, with analysis of the data in a quantitative prototype. The sample was, for convenience, non-probabilistic. The Corlett Diagram was used to identify the musculoskeletal dysfunctions and the Rapid Entire Body Assessment (REBA) to evaluate the ergonomics (posture). The sample consisted of 65 workers, with. Of these, 73.8% (48) were nursing technicians, 15.4% (10) nurses and 10.8% (7) nursing auxiliaries. A high percentage of musculoskeletal dysfunctions were observed through the Corlett Diagram in the lower (lumbar) region, with an average of 4 (quite discomfort), followed by the cervical region, 3 (mild discomfort), and shoulders and knees with mean 2 (some discomfort). When analysing ergonomics, using REBA, it was observed that in most cases 49.2% (32) required need an intervention soon, 27.7% (18) need immediate action, 21.5% (14) an intervention was required and 1,5% (1) intervention may be required. The conclusion of the study was the importance of adopting educational and preventive measures in order to avoid excessive demands on the musculoskeletal systems of the workers in the nursing teams surveyed.

KEYWORDS: Nursing, Chiropractic, Musculoskeletal Disorders, Corlett, REBA.

1 | INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que aproximadamente 45% da população mundial, e 58% acima de 10 anos de idade, fazem parte da chamada força de trabalho. O trabalho desta população sustenta a base econômica e material das sociedades, que, por sua vez, dependem da sua capacidade de trabalho. Em razão deste grande contingente de trabalhadores ativos, a saúde ocupacional é pré-requisito crucial para a produtividade e de grande importância para o desenvolvimento socioeconômico e sustentável das sociedades.

Os que referem queixas são classificados como trabalhadores que apresentam disfunções musculoesqueléticas sofridas em seu ambiente laboral. Porém, é preciso considerar que, geralmente, o diagnóstico dessas disfunções é clínico, já que não apresentam características externas. Por esta razão, é importante considerar a possibilidade de organização e participação ativa e coletiva dos trabalhadores nas lutas por melhores condições de trabalho como uma prioridade. Da mesma forma, também devem os gestores atentar que se as condições de trabalho não forem adequadas, as disfunções musculoesqueléticas continuarão ocorrendo. É importante o diagnóstico precoce dos fatores que causam a dor nos trabalhadores para evitar que as consequências cheguem ao extremo, resultando em DORT/LER ou outras ocorrências causadas por condições de trabalho desfavoráveis (LIMA et al., 2014).

As condições de trabalho influenciam diretamente no processo de adoecimento dos trabalhadores de Enfermagem. A categoria tem significativa prevalência de disfunções musculoesqueléticas, principalmente na região do pescoço e ombros.

Outra constatação é que a dor na região lombar é a responsável pelo maior número de afastamentos entre trabalhadores de Enfermagem de equipes cirúrgicas, especificamente durante as atividades de manipulação, desde o leito do hospital até a cadeira de rodas e vice-versa, os quais estão expostos a fatores de riscos motivados pela atividade dos profissionais, que apresentam dores em diferentes partes do corpo (MAURO et al., 2010; VIDOR, 2012; BATIZ; VERGARA; LICEA, 2012).

O propósito desta pesquisa foi aprofundar conhecimento sobre o tema, contribuir para a formação acadêmica da pesquisadora do curso de Quiropraxia, para a comunidade acadêmica e científica, profissionais da Quiropraxia e da Enfermagem, população em geral e demais interessados no assunto.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Delineamento do estudo

O presente estudo abordou uma pesquisa quantitativa, epidemiológica descritiva e transversal. Teve como objetivo quantificar as informações, podendo analisá-las. Sendo assim, o pesquisador somente “observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador”. Os estudos transversais baseiam-se na apresentação das características de uma população, identificação de grupos de risco e também para a ação e o planejamento em saúde. (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 52).

2.2 População e amostra

A população do presente estudo da equipe de Enfermagem foi composta por trabalhadores da unidade de Pronto Socorro de um hospital da região do Vale do Sinos. A amostra, não probabilística, por conveniência, abrangeu 65 profissionais, dentre eles, 48 enfermeiros, 10 técnicos e 7 auxiliares de Enfermagem, que concordaram em participar do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.3 Aspectos éticos

Conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, todos os preceitos éticos foram respeitados neste estudo, assim sendo, foi apresentado aos participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo todas as explicações referentes a esta pesquisa. Os trabalhadores das equipes de enfermagens que de forma voluntária aceitaram participar tiveram que assinar o termo de referido em duas vias, uma que permaneceu como o próprio trabalhador e a outra com a pesquisadora deste projeto. A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto de pesquisa.

A coleta de dados foi exclusivamente realizada pela acadêmica pesquisadora.

A identidade do hospital e de seus trabalhadores foram totalmente preservadas pela mesma, o que garantiu a total privacidade dos mesmos durante todas as etapas da pesquisa.

A acadêmica pesquisadora manterá em seu poder os dados coletados por um período de cinco anos, e, após este período, serão incinerados.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em um hospital de média e alta complexidade na unidade de Pronto Socorro de um hospital da região do Vale do Sinos- RS. Antes de realizar essa pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com a vice-presidente de Operações e a diretora de Enfermagem do hospital, onde foram explicados os objetivos e os métodos a serem utilizados no mesmo. Após aprovado, a pesquisadora entrou novamente em contato com as responsáveis para agendar a data do início da coleta de dados.

2.5 Análise estatística dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, os resultados foram apresentados através de gráficos em forma de colunas e radar. Para relacionar as variáveis foram utilizados testes estatísticos. O software utilizado para desenvolver as estatísticas foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18 e a planilha eletrônica Microsoft Excel 2013.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Análise e discussão do diagrama de Corlett

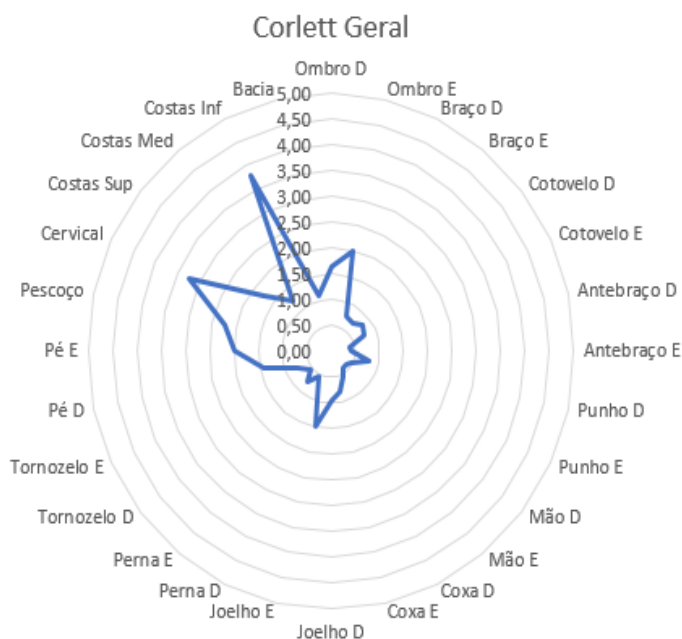


Gráfico 1 -Corlett geral

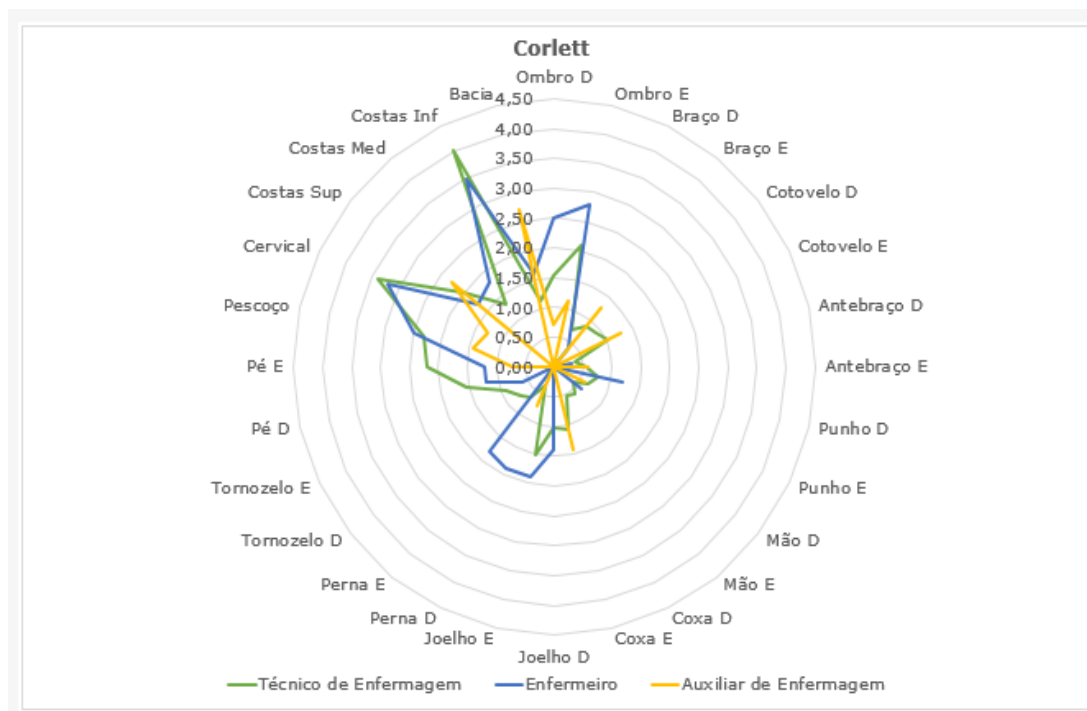


Gráfico 2 – Corlett por categoria

Como demonstrado no gráfico 1, a região do corpo mais acometida por disfunções musculoesqueléticas, entre os profissionais de Enfermagem, através do Diagrama de Corlett, foi a região costas inferior (lombar), tendo como média 4, classificada como (bastante desconforto). Seguida pela região cervical, com média 3 (desconforto moderado), ombro e joelho esquerdo, com média 2 (algum desconforto).

Conforme o gráfico 2, os profissionais de Enfermagem que mais obtiveram queixas musculoesqueléticas na pesquisa, foram os técnicos de Enfermagem. Tendo como resultado média 4 (bastante desconforto) na região costas inferior (lombar), média 3 (desconforto moderado) na região cervical e média 2 (algum desconforto) no braço e joelho esquerdo.

As regiões do corpo que foram mais citadas com queixas musculoesqueléticas pela categoria de enfermeiro, foram: Cervical, costas inferior (lombar) e braço direito com média 3 (desconforto moderado), seguida das pernas com média 2 (algum desconforto). Por último, a categoria de auxiliar de Enfermagem mencionou a região da bacia, com média 3 (desconforto moderado), seguida da região cervical com média 2 (algum desconforto).

Estudos relacionados demonstram resultados semelhantes:

Um estudo realizado em Portugal, com um grupo de 2140 Enfermeiros, teve resultado semelhante ao da pesquisa, apresentou disfunções musculoesqueléticas nas regiões lombar (n = 1257), cervical (n = 1014), dorsal (n = 923), ombros (n = 761) e punho/mão (n = 602) (SERRANHEIRA et al., 2012).

Segundo Silva (2016), os participantes do estudo realizado com a equipe de enfermagem do hospital Santa Gemma/AFMBS, em Firminópolis-GO, com amostra de duas enfermeiras e treze técnicos de enfermagem, apresentaram alta taxa de

disfunções musculoesqueléticas nos últimos 12 meses, nas seguintes regiões anatômicas: lombar (59%), ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%). Já nos últimos 7 dias foram apresentados dor na região lombar (31,4%), seguida pelos ombros (16,2%). O estudo de Almeida e Lima (2014), também obteve resultado maior na coluna lombar (25%), seguido das pernas (25%), ombros (13%) e pescoço (8%).

Um estudo realizado com 17 profissionais de Enfermagem, 6 enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem em um hospital privado na cidade de Campos de Goytacazes-RJ, foi aplicado o diagrama de Corlett. Os dados obtidos com maior intensidade de dor e desconforto foram: lombar (64,7%); perna (35,3%); bacia (17,6%); pé (17,6%); pescoço (11,8%); coluna média (11,8%); joelho (11,8%); ombro (5,9%); coluna superior (5,9%); cervical (5,9%) e tornozelo (5,9%).

Em uma unidade de clínica geral de um hospital privado na cidade de Curitiba - PR, foi utilizado o Diagrama de Corlett em sete auxiliares de enfermagem, nas atividades que mais exigem esforço dos profissionais. Após a análise dos dados, a região lombar (5,8%) foi a que evidenciou maior intensidade de dor ou desconforto, sendo assinalada por todos os participantes do estudo (FERREIRA et al., 2016; LIMA, 2004).

4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DO INSTRUMENTO REBA

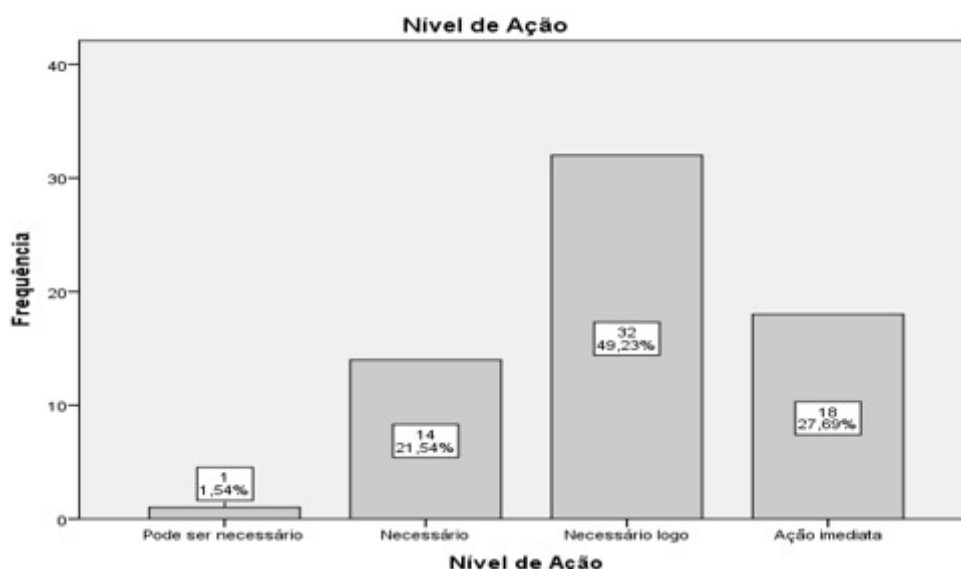


Gráfico 3 - Nível de ação

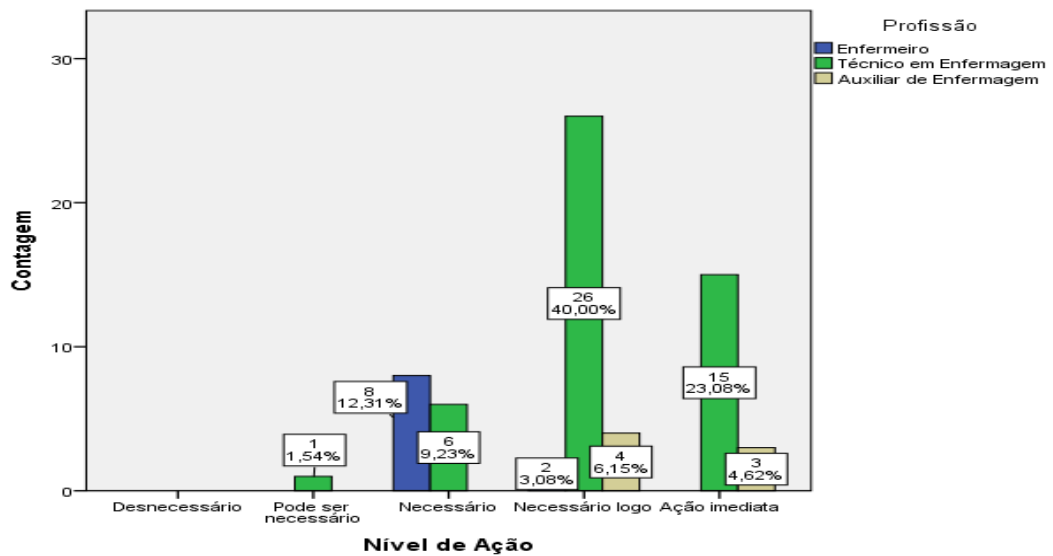


Gráfico 4 - Nível de ação

Conforme o gráfico 3, estimado pelo instrumento REBA, percebe-se que na maioria dos casos, 49,2% (32) dos trabalhadores da pesquisa, necessitam ter uma intervenção logo (risco alto score 8-10); 27,7% (18) necessitam uma intervenção imediata (risco muito alto score 11-15); 21,5% (14) é necessária uma intervenção (risco médio score 4-7), e 1,5% (1) pode ser necessária uma intervenção (risco baixo score 1-3).

A categoria de técnico de Enfermagem, de acordo com o gráfico 4, teve como resultado: em 40% (26) é necessário logo uma intervenção; 23,08% (15) necessitam uma intervenção imediata; 9,23% (6) é necessário uma intervenção e 1,54% (1) poder ser necessário.

Em sequência, a categoria de Enfermeiros: 12,31% (8), é necessária uma intervenção e 3,08% (2), é necessário logo. Por último, a categoria de auxiliar de Enfermagem: 4,62 % (3) necessitam uma intervenção imediata, e para 6,15% (4), é necessário logo uma intervenção.

Resultados semelhantes foram encontrados nos seguintes estudos:

No estudo realizado com seis Enfermeiros na cidade de Santana do Mato-RN, foi aplicado o método REBA em diferentes atividades: Troca de curativos de paciente, apresentou o score 5 (risco médio, necessário uma intervenção), aferição da pressão score 4 (risco médio, necessário uma intervenção), banho no leito-parte1, banho somente na parte frontal do paciente, apresentou score 4, banho no leito- parte 2, nesta etapa o enfermeiro precisa puxar o corpo do paciente em sua direção para banhar a parte de trás, exigindo força física, tendo como score 10 (risco alto, é necessário uma intervenção urgente) (SILVA; JACOME; VASCONCELOS, 2016).

A pesquisa realizada por Batiz, Vergara e Licea (2012), também apresentou um resultado de riscos ergonômicos. Composta por 35 auxiliares de enfermagem de cinco unidades de internação de dois hospitais diferentes, foram analisadas 62 posturas desde o carregamento de pacientes do leito do hospital até a cadeira de rodas.

Demonstrou que 11 posturas (17,8%) se encontram em nível de ação 4, existindo um nível de risco médio, sendo necessária uma intervenção ergonômica; 18 posturas (29,0%) se encontram em nível de ação 8, existindo um nível de risco alto, sendo necessária uma pronta intervenção ergonômica, e 33 posturas (53,2%) se encontram em nível de ação 11, existindo um nível de risco muito alto, sendo necessária uma atuação ergonômica imediata. Ao analisar a situação oposta, ou seja, as 67 posturas durante o carregamento de pacientes desde a cadeira de rodas até o leito do hospital, 9 posturas (13,5%) se encontram em nível de ação 4, existindo um nível de risco médio, sendo necessária uma intervenção ergonômica; já 22 posturas (32,8%) se encontram em nível de ação 8, existindo um nível de risco alto, sendo necessária uma intervenção imediata, e 36 (53,7%) posturas se encontram em nível de ação 11, existindo um nível de risco muito alto, sendo necessária uma atuação ergonômica imediata.

A análise das 129 posturas demonstrou que 109 (84,5%) delas se encontram em um nível de risco alto e muito alto, precisando de uma intervenção ergonômica urgente e as restantes posturas (20) que representam 15,5% do total, precisam de intervenção, mas não tão imediata (BATIZ; VERGARA; LICEA, 2012).

Em um hospital de ensino no estado de Minas Gerais, foram analisadas nove atividades diferentes com 15 técnicos de enfermagem do Centro Cirúrgico, UTI e Clínica Médica, por meio do método ergonômico REBA. Dentre as análises dos dados das atividades, uma indicou a necessidade de ações corretivas urgentes (colocar o paciente na cama, o que requer grande movimento dos membros superiores, risco 11-15), seis indicaram alto risco de lesões ocupacionais (8-10), exigindo intervenções em breve e dois indicaram risco médio (4-7). Nenhum deles indicou baixo risco de lesão (ABDALLA, 2014).

5 | CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo geral identificar se há presença de disfunções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho de profissionais de Enfermagem da unidade do Pronto Socorro de um hospital do Vale do Sinos, e os objetivos específicos foram identificar quais são as regiões do corpo que apresentam disfunções musculoesqueléticas, através do Diagrama de Corlett, e estimar, por meio do instrumento Rapid Entire Body Assessment (REBA), o nível de risco postural dos trabalhadores e caracterizar o Perfil Laboral da amostra. Fizeram parte da amostra 65 trabalhadores da equipe de Enfermagem de um hospital do Vale do Sinos.

Ao verificar as regiões do corpo mais acometidas pelas disfunções musculoesqueléticas, através do Diagrama de Corlett, constatou-se um percentual elevado na região costas inferior (lombar) e cervical. Quanto à avaliação ergonômica das posturas de trabalho, através do questionário REBA, a maior parte dos profissionais de Enfermagem entrevistados, necessitam ter uma intervenção logo, (risco alto).

Neste sentido, seria importante a adoção de medidas educativas, preventivas e

corretivas a fim de evitar comprometimento maior do sistema musculoesquelético dos trabalhadores das equipes de Enfermagem pesquisadas.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, D. R. et al. Riscos biomecânicos posturais em trabalhadores de enfermagem. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 27, n. 3, p. 421-427, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502014000300421>. Acesso em: 29 set. 2017.

BATIZ, E. C.; VERGARA, L. G. L.; LICEA, O. E. A. Análise comparativa entre métodos de carregamento de cargas e análise postural de auxiliares de enfermagem. **Production**. São Paulo, v.22, n.2, p.270-283, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132012000200008>. Acesso em: 20 ago. 2017.

FERREIRA, A. S. et al. Estudo Ergonômico entre enfermeiros e técnicos de enfermagem em ambiente hospitalar. **Revista Perspectivas Biológicas e Saúde**. Campos dos Goytacazes, v.6, n.21, p.25-30, 2016. Disponível em: <http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/1025/778>. Acesso em: 30 set. 2017.

LIMA, A. C. S. et al. Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.526-532, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a15.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

LIMA, M. C. T. F. C. **Análise das condições ergonômicas da situação de trabalho dos auxiliares de enfermagem de uma unidade de internação hospitalar**. 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2004.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermeiras de um hospital universitário. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 244-252, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200006>. Acesso em: 16 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde do Trabalhador**. [S.d.]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=378:saude-do-trabalhador&Itemid=595>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.

SERRANHEIRA, F. et al. Lesões Musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa, v. 30, n. 2, p. 193-203, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902512000314>>. Acesso em: 10 set. 2017.

SILVA, D. C. S.; JACOME, P. C.; VASCONCELOS, N. V. C. Análise ergonômica no posto de trabalho dos enfermeiros de um hospital localizado na cidade de Santana do Matos-RN. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 36., 2016, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa, PB: ABEPRO, 2016. p. 03-06.

SILVA, I. C. J. et al. Incidência de sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho da equipe de enfermagem do hospital Santa Gemma/AFMBS. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**. Montes Belos, v. 9, n. 2, p. 28-44, 2016. Disponível em: <<http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/223/200>>. Acesso em: 27 set. 2017.

VIDOR, C. R. **Prevalência de dor osteomuscular e a sua associação com qualidade de vida**

em profissionais de enfermagem de equipes de cirurgia. 2012. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Cirúrgicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2012.

IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO À CRIANÇA E À FAMÍLIA NA ESF

Patricia Bitencourt Avila

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande-Rio Grande do Sul

Carla Rosana Mazuko dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande-Rio Grande do Sul

Ana Paula Matta dos Santos Costa

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande-Rio Grande do Sul

Alex Sandra Avila Minasi

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande-Rio Grande do Sul

Giovana Calcagno Gomes

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande-Rio Grande do Sul

RESUMO: **Objetivo:** O presente estudo objetivou conhecer a importância da realização do acolhimento à criança e à família na estratégia de saúde da família. **Método:** estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa realizado em um município do sul do Brasil. Participaram 12 enfermeiras de oito unidades básicas. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2016 por meio de entrevistas e submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** Verificou-se que os enfermeiros percebem a importância do acolhimento como uma prática essencial para um fazer

com qualidade, percebendo a importância do acolhimento para o estabelecimento de vínculo com as famílias, permitindo assim maior facilidade na comunicação, identificação das necessidades, conhecimento da dinâmica e realidade familiar quando questionados sobre a importância da realização do acolhimento à criança e à família na ESF referiram que o vínculo constituído com a família durante as interações realizadas, possibilita que conheçam os usuários, identificando mais facilmente suas necessidades. O vínculo possibilita que as mães das crianças se comuniquem mais facilmente com as enfermeiras e essas por sua vez conheçam a dinâmica familiar, podendo atuar de forma mais efetiva, pois muitas vezes interagem com a família desde o pré-natal, aproxima a equipe da família. **Conclusão:** o acolhimento foi percebido como facilitador na prestação de cuidado à criança e à família, pois favorece a comunicação, o vínculo, o conhecimento das demandas, da dinâmica, fomenta a autonomia da família no processo de cuidar e é uma ferramenta de vigilância do cuidado e do desenvolvimento infantil.

PALAVRAS-CHAVES: Criança, Família, Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: The purpose of this study was to understand the importance of the

child and family in the family health strategy. **Method:** descriptive, exploratory study with a qualitative approach carried out in a municipality in the south of Brazil. Twelve nurses from eight basic units participated. Data were collected in the second half of 2016 through interviews and submitted to content analysis. **Results:** it was verified that the nurses perceive the importance of the host as an essential practice to do with quality, perceiving the importance of the host to the establishment of bond with the families, thus allowing easier communication, identification of needs, knowledge of dynamics and family reality. when questioned about the importance of the child and family in the FHF, said that the bond between the family and the family during the interactions made it possible to get to know the users, identifying their needs more easily, communicate more easily with the nurses and the nurses know the dynamics of the family and can act more effectively, since they often interact with the family since prenatal care, the family team approaches. **Conclusion:** the reception was perceived as a facilitator in the provision of care for the child and the family, since it favors communication, bonding, knowledge of demands, dynamics, fosters family autonomy in the care process, and is a tool for care and child development.

KEYWORDS: Child, Family, Acolhimento, Primary Health Care, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a Saúde da família é vista atualmente como estratégia prioritária e alavancadora para a reorganização da Atenção Primária (APS), reafirmando os princípios e os valores da promoção da saúde, propondo uma atuação a partir de uma visão ampla da saúde da família, no seu território de vida. Atuando de forma multidisciplinar, a equipe de saúde é estimulada a reconhecer, por meio do vínculo e do fortalecimento da participação social, as potencialidades locais e as possibilidades de parcerias intersetoriais para alcançar a integralidade da atenção (MATTOS, 2014).

Na APS, essa política tem, entre outros objetivos, estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário, promovendo a otimização dos serviços, o fim das filas, a classificação de riscos e o acesso aos demais níveis de atenção (BRASIL, 2004). O acolhimento pode ser definido como uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial curativo e fragmentado, tornando a assistência em saúde mais atrativa e resolutiva (DE CARLI et al., 2014).

A fim de garantir uma atenção integral e humanizada à criança na ESF a enfermeira deve reconhecer a importância da família enquanto unidade de cuidado, ouvindo seus medos e dúvidas, apoiando e respeitando os limites, dificuldades, crenças e valores, permitindo e contribuindo para seu melhor desenvolvimento. Para isso deve estar capacitada a identificar suas necessidades em diferentes contextos de atuação. Realizar o acolhimento, no entanto, não é fácil. A demanda espontânea interfere na prática do acolhimento, a busca pelo atendimento diretamente feito pelo médico e centrado na intervenção medicamentosa, também dificulta o ato de acolher,

proporcionando um entrave no trabalho da equipe multiprofissional da Atenção Básica. (FERMINO, 2016).

Acredita-se que o acolhimento é um dispositivo capaz de reorganizar a atenção à saúde visando ao atendimento da demanda espontânea, o incremento do acesso e a humanização das práticas em saúde, devendo ser realizado por todos os profissionais da equipe da ESF. Nesse sentido, o estudo objetivou conhecer a importância da realização do acolhimento à criança e à família na estratégia saúde da família, justificando-se frente ao potencial da prática do acolhimento em organizar o atendimento da demanda espontânea na ESF, por meio de uma prática humanizada em saúde, garantindo uma assistência resolutiva à população.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. Teve como contexto a rede básica de serviços públicos de saúde, especificamente as Unidades Básicas de Saúde da Família de um município no sul do Brasil. O município possui 32 Unidades Básicas, sendo 24 da Estratégia Saúde da Família. A ESF conta com 37 enfermeiros. Participaram do estudo 12 enfermeiras de oito UBSF localizadas na zona urbana do município.

Atenderam ao critério de inclusão ser enfermeiro atuante nas UBS da ESF do município e realizar acolhimento à criança e seu familiar cuidador no seu cotidiano de trabalho há mais de seis meses. Foram excluídos os enfermeiros que estavam em férias ou licença saúde no período da coleta de dados. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, onde o pesquisador proporciona uma liberdade de comunicação aos participantes entrevistados. A entrevista é uma técnica que estabelece uma relação dialógica com uma determinada intenção, que se caracteriza como promotora da abertura e do aprofundamento em uma comunicação (POLIT, BECK, 2011). Os participantes foram questionados acerca da importância de ser realizado o acolhimento à criança e à família na AB. As entrevistas foram realizadas nas próprias UBS em consultório para garantir privacidade, sendo gravadas e transcritas para análise.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). A análise divide-se em três etapas: 1) pré-análise (etapa de organização que objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa); 2) exploração do material (etapa de operacionalização da análise textual sistematicamente em função das categorias anteriormente formadas) e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (nesta etapa há a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; fase de utilização da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

Foram considerados os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que tange aos aspectos éticos para a pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande-CEPAS/FURG, obtendo parecer de aprovação sob número 141/2016. Para preservar o anonimato as participantes foram identificadas pela letra E seguida do número da entrevista.

3 | RESULTADOS

As enfermeiras participantes eram todas do sexo feminino, com idades entre 33 e 61 anos. Atuam na ESF entre dois e 15 anos. Todas possuem especialização em Saúde da Família, sendo que algumas possuem também outras especializações: duas em Enfermagem do Trabalho, uma em Urgência e Emergência, duas em Projetos Assistenciais, uma em Humanização ao Paciente Oncológico, uma em Acupuntura, uma em Saúde Pública, uma em Arte Terapia, uma em Educação em Saúde, uma possui mestrado em Educação Ambiental, uma Mestrado em Enfermagem e outra Doutorado em Educação Ambiental em andamento.

As enfermeiras referiram que o vínculo constituído com a família durante as interações realizadas possibilita que conheçam os usuários, identificando mais facilmente suas necessidades. O vínculo possibilita que as mães das crianças se comuniquem mais facilmente com as enfermeiras. As enfermeiras por sua vez conhecem a dinâmica familiar, podendo atuar de forma mais efetiva. Referiram que interagir com a família desde o pré-natal, aproxima a equipe da família, por possibilitar conhecer a criança desde o útero materno, inclusive tendo atendido outros irmãos e familiares.

"[...] O vínculo aumenta". (E-9)

"[...] A facilidade é o vínculo que tu já tens. Tu já conhece eles já está há tantos anos. Conheces desde a barriga. Essa a maior facilidade que tu tens". (E-4)

"[...] As facilidades dependem muito do vínculo que já tem com a própria família. (E-3)

"[...] é o vínculo, as mães tem um bom vínculo com a equipe, elas trazem, nas consultas de puericultura". (E-7)

"[...] que tu vai conhecendo mais aquela família. Formando uma vinculação. Às vezes tu olha o nome da criança e já sabe toda dinâmica da família e pode atuar da melhor forma. Conforme tu conheces o ambiente familiar, vai te abrindo facilidades". (E-10)

"[...] esse vínculo que a estratégia já tem com a família, tu já conhece, as vezes tu fez o pré natal daquela criança, da mãe, ou tu já atendeu um irmãozinho, então essa aproximação da equipe com a família, pelo vínculo, que a estratégia proporciona, isso facilita". (E-12)

Acreditam que quem trabalha na ESF realiza o histórico das famílias e este possibilita o conhecimento da família de suas demandas. Assim, é por meio do acolhimento que o prontuário individual de cada membro da família é preenchido, subsidiando a assistência prestada pela equipe multiprofissional.

“[...] o conhecimento da família se tu já conheces a tua família, e quem trabalha na estratégia tem essa possibilidade, isso facilita, porque tu já tens o histórico dela.” (E-1)

Referiram que algumas enfermeiras têm uma maior facilidade de escuta ao acolher e aconchegar, criando uma melhor empatia tanto com a família como com a criança.

“[...] Tem profissionais que tem facilidade da escuta, do acolher, do aconchegar, chegar no paciente. É a facilidade do profissional fazer aquele atendimento.” (E-11)

Apontaram que o comprometimento de toda equipe multiprofissional, independente da área, facilitando a realização do acolhimento à criança e à família na ESF.

“[...] Facilidade é o comprometimento de toda equipe, médicos e enfermeiros independente da área.” (E-6)

Acreditam que a realização do acolhimento reduz a fila de espera, a necessidade de agendamentos e propicia bem estar e a produção da saúde da criança e da família.

“[...] reduz talvez agendas, fila de espera, promove uma questão de saúde e bem estar pra família e pra criança, a promoção da saúde.” (E-2)

4 | DISCUSSÕES

A importância da realização do acolhimento à criança e à família na ESF é percebida pelo estabelecimento do vínculo entre os profissionais e usuários favorece o diálogo, reforça a relação de confiança, agilidade no atendimento e adesão no tratamento (HENTGES, COGO, 2017). Acolher bem significa bem mais do que prestar um atendimento sistematizado ao usuário, fundamentado nisso torna-se possível a criação de vínculo, fazendo com que o usuário volte a buscar e confiar no serviço que foi prestado (ZINN, 2016).

Atender com simpatia e responder direito constituem-se em ações que transcorrem pela escuta das necessidades do usuário, constituindo-se na etapa principal do acesso por meio do acolhimento. O acesso deve ser sentido, vivido e integrado a rotina das unidades de saúde. É preciso então, apreender, consentir e intuir que o atendimento oferecido é próprio a cada profissional de saúde, e torna-se integrante do processo de construção da saúde. Ainda, o acolhimento não deve ser restrito à recepção do usuário, mas expandido a todos os profissionais de saúde, favorecendo o acesso e o vínculo com a comunidade (LOPES, 2014).

O acolhimento começa no primeiro instante de um contato entre o usuário e o

profissional de saúde, é atenção, é ouvir, enfim, é uma relação de respeito mútuo que é necessária ao desenvolvimento do trabalho que vai aos poucos, organizando uma sociedade menos individualista e mais possível de mudanças, de acordo com a necessidade do outro (GOMES, 2015). As relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários podem ocorrer de muitas formas, e o acolhimento deve ser considerado uma prática atuante em todas essas relações, influenciando diretamente o recebimento e escuta do usuário (BRASIL, 2013b).

Acolher não é uma atividade de uma única profissão, todos os profissionais devem estar envolvidos, comprometidos e capacitados para atender com resolutividade a população. Percebe-se que os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem uma maior facilidade e oportunidade de praticar o acolhimento, pois o usuário chega até a unidade e tem contato direto com estes profissionais, que fazem a primeira escuta (SOUSA, 2016). Dessa forma, para que a prática do acolhimento seja bem desenvolvida é necessária à participação de diferentes profissionais de saúde, com diferentes saberes e competências, ampliando assim o cuidado de toda a equipe (HENTGES, COGO, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou conhecer a importância do acolhimento à criança e à família na atenção primária. Verificou-se que o acolhimento melhora o conhecimento da realidade infantil/familiar; possibilita proposições reais para resolução de problemas; reduz filas de espera; é possível planejar ações diferenciadas; identificar as vulnerabilidades e das dificuldades para cuidar a criança no contexto familiar; o (re) acolhimento em todos os momentos de assistência; melhoria do comprometimento da equipe multiprofissional e o perfil empático do enfermeiro.

Assim, foi possível concluir que o acolhimento, é importante para a qualificação da assistência que prestam à criança e à família na Atenção Primária. Ele é uma importante metodologia de trabalho, pois favorece a comunicação, o conhecimento, a escuta ativa das famílias, fomentando sua autonomia, sendo uma ferramenta de vigilância do cuidado e do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

DE CARLI, R. et al. **Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde.** Texto & Contexto Enfermagem, v. 23, n. 3, p. 626-63, jul./set. 2014.

FERMINO, J.M. et al. **Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a política nacional de humanização.** Saúde & Transformação Social/ Health & Social Change, v. 6, n.2, p. 054-069, 2016.

GOMES, G.P. et al. **A análise do acolhimento na perspectiva das equipes de saúde da família e dos usuários no Centro de Saúde da Família 04 do Riacho Fundo II.**Revista de APS, v. 17 n.3 , 2015.

HENTGES, I.C; COGO, A.L.P. **Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa.** Jornal Nurs Health. V.7, n.1, p. 4-15, 2017.

LOPES, G.V.D.O. et al. **Acolhimento: quando o usuário bate à porta.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n.1, p.104, 2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**—Brasília: Ministério da Saúde, p.176, 2013b.

MATTOS, G.C.M. et al. **A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios.** Rev. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Fev. 2014.

POLIT, D.F; BECK, C.T; **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, L; ROCHA, L; RAMOS, M. **Acolhimento nas equipes de saúde da família: uma revisão integrativa.** Revista Médica de Minas Gerais, 23ed. , 2013.

SOUSA, A.B. dos S.; BRITO. A.; OLIVEIRA. L. K. P.D; SCHNEID. J. L; **Acolhimento realizado na atenção básica pela equipe de enfermagem ao paciente portador de transtorno mental: uma revisão teórica.** AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH, v. 4, n.3, p. 43-48, 2016.

ZINN, M B. **Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção dos profissionais de saúde nas unidades de Estratégia Saúde da Família de Cachoeira do Sul.** 2016.

MONITORIA NA DISCIPLINA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: PASSOS EM DIREÇÃO À OBSTETRÍCIA

Katiele de Souza Queiroz

Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

Lílian Dornelles Santana de Melo

Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

Sabrina Amazonas Farias de Menezes

Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

Maria Suely de Souza Pereira

Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

Semirames Cartonilho de Souza Ramos

Universidade Federal do Amazonas - UFAM
Manaus – Amazonas

RESUMO: Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem, no desempenho de suas atividades de monitoria e descrever a importância da monitoria na graduação das acadêmicas, que objetivam seguir a carreira da enfermagem obstétrica. **MÉTODOS:** No segundo semestre de 2015, três acadêmicas de enfermagem desenvolveram atividades de monitoria da disciplina enfermagem na atenção integral à saúde da mulher, na Universidade Federal do Amazonas - UFAM na cidade de Manaus/AM. Às quais cabia constituir elo entre professor orientador e alunos, dar apoio ao

professor orientador na realização e orientação de trabalhos práticos, pesquisar e preparar material bibliográfico, preencher os formulários de frequência das atividades desenvolvidas em doze horas semanais. **RESULTADOS:** reconhecer que a atualização e busca de novos conhecimentos se inicia desde a graduação e de forma contínua na vida do profissional de saúde. **CONCLUSÃO:** Observou-se a contribuição positiva da monitoria tanto para os discentes, professores e monitoras, que através de uma relação favorável possibilitou situações de ensino e aprendizagem teórico-prático, atualização dos conhecimentos, aprimoramento das habilidades e do senso crítico reflexivo das monitoras em relação à assistência de enfermagem à mulher, que contribuirão para formação das acadêmicas que almejam seguir a carreira de enfermagem obstétrica.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em enfermagem; Enfermagem obstétrica; Estudantes de enfermagem.

ABSTRACT: To report nursing academics experience in their monitoring activities accomplishment and to describe the monitoring importance in students' graduation that aim to follow the career in obstetrical nursing. **METHODS:** In the second half of 2015, three nursing students developed monitoring activities in the subject "Nursing in integral attention to

women's health", at the *Universidade Federal do Amazonas – UFAM*, Manaus, AM, Brazil. The three students had to compose link between tutor and students, supporting the tutor in accomplishment and orientation of practical works, researching and preparing bibliographical material and completing the activities, fill in the frequency forms of the activities developed in twelve hours a week. **RESULTS:** It was recognized that the updating and search for new knowledge begins since graduation and continuously in health professional life. **CONCLUSION:** The positive contribution of monitoring was observed both for students, teachers and student-monitors, which through a favorable relationship enabled teaching and theoretical and practical learning situations, knowledge updating, monitors skills enhancement and reflexive critical sense regarding woman's nurse care, which will contribute to academics formation who aim to follow the career in obstetrical nursing.

KEYWORDS: Nursing education; Obstetric nursing; Nursing students.

1 | INTRODUÇÃO

O exercício da enfermagem está alicerçado em princípios éticos e humanísticos e requer fundamentações técnicas e científicas, por meio de uma formação que o capacite a fim de que sua prática seja resolutiva e transformadora (CARVALHO et al., 2012). Para tanto, a educação superior contribui decisivamente na construção de profissionais de enfermagem, por meio do compartilhamento de saberes e experiências (BACKES et al., 2012). Nesta perspectiva, as instituições de ensino superior precisam viabilizar condições para uma formação ética e comprometida, preparando profissionais que atuem cumprindo seu papel cidadão, social, político e devem oferecer esta formação de acordo com as necessidades do mundo globalizado, a sua organização, a seus modos e condições de vida e saúde (BACKES et al., 2012; CANEVER et al., 2012). Na Universidade Federal do Amazonas – UFAM existem diversos projetos e programas, que estimulam o acadêmico de enfermagem a desenvolver atividades que o capacitem e engendrem o tripé: ensino, pesquisa e extensão, sendo um destes o programa de monitoria, que objetiva estimular a participação dos acadêmicos da graduação, nas diversas atividades docentes de nível superior (BRASIL, 2013). A monitoria é definida como um serviço de apoio pedagógico, que possibilita aos acadêmicos a oportunidade de aprofundar conhecimentos, ocorrência de melhor correlação entre teoria e prática, possibilitando que durante o processo de ensino e aprendizagem, seja criado um espaço de compartilhamento de saberes e resolução de eventuais dificuldades relacionadas à disciplina trabalhada (HAAG et al., 2008; PELISSON et al, 2004). Assim, a monitoria como outras atividades de ensino, proporciona o desenvolvimento de habilidades teórico-práticas através do suporte que é fornecido aos alunos assistidos, além de incorporar o discente em atividades docentes, possibilitando a consolidação e melhoria da qualidade de sua formação acadêmica (VARGAS; WEIGELT, 2011). A mesma encontra-se prevista na Lei N° 9.394, de 20 de Dezembro de 1996, a qual estabelece

as diretrizes e bases da educação nacional, que em seu artigo 84, dispõe que “os discentes da educação superior poderão ser aproveitados em tarefas de ensino e pesquisa pelas respectivas instituições, exercendo funções de monitoria, de acordo com seu rendimento e seu plano de estudos” (BRASIL, 1996). Sendo assim, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem, no desempenho de suas atividades de monitoria e descrever a importância da monitoria na graduação das acadêmicas, que objetivam seguir a carreira da enfermagem obstétrica.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, forma metodológica que permite a descrição de experiências vivenciadas (GIL, 2007), realizado a partir da vivência de três acadêmicas de enfermagem no desenvolvimento de atividades na monitoria da disciplina enfermagem na atenção integral à saúde da mulher, que no curso da graduação de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas é ofertada aos discentes no VI semestre. Tal experiência ocorreu no município de Manaus – Amazonas, no segundo semestre do ano de 2015. Foi realizada análise crítica das atividades desenvolvidas como monitoras da disciplina e dos relatórios finais individuais produzidos ao final do semestre letivo, tais relatórios objetivaram descrever as atividades desenvolvidas e os principais aspectos ensino-aprendizagem vivenciados no período em que aconteceu a monitoria. A disciplina enfermagem na atenção integral à saúde da mulher objetiva proporcionar aos acadêmicos, situações de ensino/aprendizagem teórico-prático no contexto de promoção, prevenção, educação em saúde e de cuidados de enfermagem na atenção integral à saúde da mulher. E aborda temas, como: evolução da assistência à saúde da mulher, função do enfermeiro na atuação à saúde da mulher, legislação do exercício profissional na enfermagem obstétrica, aspectos da saúde materna indígena, anatomia e fisiologia da reprodução humana, assistência de enfermagem humanizada no pré – trans e pós – parto, assistência de enfermagem em ginecologia e no ciclo gravídico puerperal normal e de risco, assistência de enfermagem preventiva à saúde da mulher, assistência de enfermagem em visita domiciliária, compreensão da violência contra a mulher e gerenciamento da assistência de enfermagem à mulher. Possui carga horária total de 180 horas, sendo divididas em 90 horas teóricas e 90 horas práticas, ministrada por sete docentes. No âmbito da disciplina enfermagem na atenção integral à saúde da mulher, as atividades de monitoria foram desenvolvidas por alunos-monitores, que haviam cursado previamente a referida disciplina, aprovados em processo seletivo. Na ocasião, foram selecionadas três monitoras, que posteriormente auxiliavam nas atividades, de acordo com a disponibilidade de cada uma, desenvolvidas em doze horas semanais. Cabe às monitoras constituir elo entre professor orientador e discentes;

preparar materiais didáticos a serem utilizados como instrumento metodológico de ensino; acompanhar os discentes nas atividades em sala de aula e em laboratório, sanar suas dúvidas sobre os diversos conteúdos teóricos e práticos ofertados na disciplina, de modo a facilitar o processo ensino-aprendizagem; orientá-los quanto à importância das pesquisas bibliográficas sobre os temas abordados em sala de aula; auxiliá-los na correção das atividades propostas; e preencher os formulários de frequência das atividades desenvolvidas na monitoria.

3 | RESULTADOS

Experiência vivenciada

Os alunos que optam pela monitoria vivenciam experiências diferenciadas, visto que têm a oportunidade de observar uma disciplina a qual se identificam com outro olhar, possibilitando uma maior consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, além de terem a oportunidade de vivenciar a transformação do conhecimento, entendendo que este é dinâmico e nunca estagna. Além disso, a monitoria propicia maior segurança quanto à realização de procedimentos inerentes da disciplina escolhida; maior visibilidade acadêmica e aprofundamento das relações interpessoais com discentes, pois os alunos-monitores se tornam referência, são vistos como figuras que podem ajudar, uma vez que já vivenciaram aquela situação anteriormente. A monitoria tende a favorecer o aprofundamento das relações interpessoais com os professores, visto que a estreita relação permite o aprendizado de novos conhecimentos e maiores oportunidades no desenvolvimento de outras atividades, como a pesquisa e extensão, impulsionando, ainda, o desenvolvimento de um pensamento crítico acerca do processo de ensino e aprendizagem. Ao término do período da monitoria, observou-se maior satisfação dos discentes em relação à disciplina ofertada, evidenciada por meio de relatos escritos na avaliação da disciplina; a relação professor e aluno-monitor resultaram em produções científicas e quanto às monitoras, além de engendrar o conhecimento teórico prático, reafirmou a vontade de seguir e atuar na área de enfermagem obstétrica.

Importância da monitoria

Em se tratando da importância da monitoria para o aluno-monitor, tais atividades constituem uma experiência ímpar em sua carreira acadêmica, uma vez que contribuirá para a sua formação em termos de ensino, pesquisa e extensão. Bem como, no fomento de experiências exitosas para que o acadêmico compreenda as diversas áreas que compõem as especificidades do curso, com ênfase nas de sua afinidade. Outro aspecto importante está na experiência que constará no currículo do profissional, uma forma de impulsioná-lo em suas conquistas tanto pessoais, acadêmicas e profissionais

futuras, ao ingressar em programas de pós-graduação, aprovação em concursos, por exemplo. Remetendo a este a importância de reconhecer que a atualização e busca de novos conhecimentos se inicia desde a graduação e de forma contínua na vida do profissional de saúde.

4 | CONCLUSÃO

A monitoria representou uma importante experiência de aprendizado para as monitoras, tanto no âmbito do crescimento pessoal quanto profissional, dada a oportunidade de vivenciar a dinâmica do processo de ensino-aprendizagem através da troca mútua e consolidação de diversos conhecimentos. Observou-se a contribuição positiva da monitoria tanto para os discentes, docentes e monitoras, que através de uma relação favorável possibilitou situações de ensino e aprendizagem teórico-prático, atualização dos conhecimentos, aprimoramento das habilidades e do senso crítico-reflexivo das monitoras em relação à assistência de enfermagem à saúde da mulher. Dessa maneira, a monitoria se mostrou de fundamental importância para formação das acadêmicas, tornando-se um divisor de águas no que concerne à decisão de seguir carreira dentro da área de enfermagem obstétrica.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. **Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 597-602, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRASIL. Universidade Federal do Amazonas. **Resolução Nº006/2013 – CEG/CONSEPE de 26 de fevereiro de 2013**. Programa de monitoria da Universidade Federal do Amazonas. Manaus-Amazonas, 2013.

CANEVER, B. P. et al. **Produção do conhecimento acerca da formação do enfermeiro na América Latina**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.v33, n.v4, p. 211-602, 2012.

CARVALHO, I. S. et al. **Monitoria em semiologia e semiotécnica para a enfermagem: um relato de experiência**. Revista de Enfermagem, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 464-471, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

HAAG, G. S. et al. **Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 2, p. 215-220, 2008.

PELISSON, E. F. et al. **A monitoria como instrumento de ensino: um relato de experiência**. Arquivos da APADEC, p. 307-309, 2004.

VARGAS, J. S.; WEIGELT, L. D. **Bolsista do ensino de gerenciamento em enfermagem: relato de experiência**. Revista de Enfermagem, UFSM, v. 1, n. 2, p. 300-305, 2011.

O CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM NO MANEJO COM DEFICIENTES AUDITIVOS

Vanessa Stéffeny dos Santos Moreira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Emanuel Cardoso Monte

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Sheron Maria Silva Santos

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Marina de Souza Santos

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Adylla Carollyne Vieira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Maria Jucilania Rodrigues Amarante

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Larissa Pova da Cruz Macedo

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Cicera Fernanda David de Lima

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Mirelle Silva Pereira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

José Fagner Marçal Vieira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Juzeiro do Norte- CE.

Carlos André Moura Arruda

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará- FAECE,

FORTALEZA.

Yterfania Soares Feitosa

Universidade de Fortaleza-UNIFOR, FORTALEZA.

RESUMO: A deficiência auditiva caracteriza-se pela perda parcial ou total da capacidade de ouvir e pode se manifestar em diferentes graus (leve, moderado, severo e profundo), em virtude da redução da sensibilidade ou da discriminação auditiva. Aprender de que forma ocorrer o atendimento de pessoas com deficiência auditiva, pelos os profissionais enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Juazeiro do Norte – CE. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo será realizado com enfermeiros das estratégias e saúde da família (ESF's) do município de Juazeiro do Norte. O trabalho foi realizado mediante autorização do departamento de atenção básica da secretária de saúde (SESAU), utilizou-se- como instrumento coleta de dados uma entrevista semi-estruturada a qual combina perguntas objetivas e subjetivas com a presença do pesquisador, possibilitando discussões sobre o tema trabalhado. O estudo foi realizado com 13 profissionais enfermeiros, sendo 12 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, com faixa etária variável entre 25 e 40 anos, residentes no município de Juazeiro

do Norte-Ce. Dentre estes, 07 eram especialista e 06 apenas graduados, porém apenas 02 tinha domínio com outra língua fora o português. Foi possível constatar através dessa pesquisa que os enfermeiros não possuem capacitação adequada para atender os deficientes auditivos, visto que o cuidado é falho decorrente dos meios de comunicações improvisados, onde o cuidado fica restrito por não haver uma transmissão de mensagens coerente entre ambos.

PALAVRAS-CHAVE: Deficientes. Auditivos. Enfermagem. Comunicação.

THE KNOWLEDGE OF NURSING IN MANAGEMENT WITH HEARING DISABILITIES

ABSTRACT: Hearing impairment is characterized by partial or total loss of hearing ability and can manifest itself in different degrees (mild, moderate, severe and profound), due to the reduction of sensitivity or auditory discrimination. To understand how the care of hearing impaired people by the nurses in Basic Health Units (UBS) in the city of Juazeiro do Norte - CE. It is an exploratory research of descriptive character, with qualitative approach. The study will be carried out with nurses from the strategies and family health (FHS) of the city of Juazeiro do Norte. The work was carried out with the authorization of the basic health department of the health secretary (SESAU). A semi-structured interview was used as a data collection instrument, combining objective and subjective questions with the presence of the researcher, enabling discussions on the theme worked. The study was carried out with 13 nurses, 12 female and 1 male, with a variable age range between 25 and 40 years old, living in the municipality of Juazeiro do Norte-Ce. Of these, 07 were specialists and 06 only graduates, but only 02 had mastery with another language outside Portuguese. It was possible to verify through this research that the nurses do not have adequate training to attend the hearing impaired, since the care is flawed due to improvised means of communication, where care is restricted because there is no coherent message transmission between both.

KEYWORDS: Disabled. Hearing Aids. Nursing. Communication.

1 | INTRODUÇÃO

A deficiência auditiva caracteriza-se pela perda parcial ou total da capacidade de ouvir e pode se manifestar em diferentes graus (leve, moderado, severo e profundo), em virtude da redução da sensibilidade ou da discriminação auditiva (MARQUES, 2004).

O grupo populacional constituído por pessoas com algum tipo de deficiência totaliza cerca de 600 milhões no mundo, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2009).

No Brasil, aproximadamente 45,6 milhões de pessoas, ou 23,9% da população total, possuem algum tipo de incapacidade ou deficiência. São pessoas com ao menos

alguma dificuldade de enxergar, ouvir, locomover-se ou alguma deficiência física ou mental. 9.722.163 pessoas com algum grau de deficiência auditiva (IBGE, 2010).

As consequências mais importantes estão relacionadas à incapacidade auditiva e à desvantagem auditiva, sendo esta repercutida no desempenho das atividades do indivíduo e seu papel na sociedade, o que desperta a atenção nas limitações educacionais, sociais e ocupacionais em decorrência da própria deficiência, estão relacionadas ao comprometimento do desempenho e da habilidade de utilização da audição nas atividades diárias, como a percepção dos sons de fala e do ambiente (MARQUES, 2004).

As pessoas com algum tipo de deficiência necessitam de cuidados especiais principalmente em saúde, por constituírem um grupo heterogêneo que reúne indivíduos com peculiaridades inerentes à sua deficiência (FREIRE et al, 2009).

O conhecimento dessas questões por parte dos profissionais de saúde é essencial na tentativa de se obter sucesso na comunicação, impedindo que essa deficiência possa afetar a troca de informações entre a pessoa que a possui e os profissionais de saúde (PAGLIUCA, 2007).

O sucesso da comunicação requer uma interação efetiva e competente entre os participantes deste processo, tendo em vista que a precariedade na estrutura dos sistemas de saúde pode contribuir com a existência de falhas, as quais se complicam à medida que as barreiras de linguagem se tornam presentes, comprometendo a qualidade da assistência (CHAVEIRO, 2009).

No entanto, nota-se que na prática, as pessoas com deficiência ainda sofrem com preconceito e com a falta de atenção pelos órgãos públicos, sendo um direito ao que lhes é garantido por lei como, por exemplo, acessibilidade à comunicação e informação não é desempenhado (CARVALHO, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, implantada mediante portaria GM nº 1060 de 05 de junho de 2002, tem como objetivo reabilitar a pessoa com deficiência, de modo a contribuir com sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que possibilitem o aparecimento de deficiências (PISANESCHI, 2009).

Este posicionamento é descrito na Constituição Federal conforme é tratado no artigo Art. 5º retratando que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza...” e na lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 a qual “estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências” (BRASIL, 1988).

Mediante preceitos descritos, justifica-se a relevância do estudo, tendo em vista que na literatura ainda são escassos o número de trabalhos que abordem essa temática, bem como a importância do aprimoramento da língua de sinais, mostrando a necessidade de ser estabelecido uma porta de diálogo entre deficientes e profissionais de enfermagem, na busca de inserir e quebrar qualquer dificuldade por meio da comunicação verbal.

Através da presente pesquisa, buscar-se-á colaborar com os estudos sobre o

tema objetivando compreender de que forma ocorre o atendimento de pessoas com deficiência auditiva, pelos profissionais enfermeiros em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Juazeiro do Norte – CE.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informação sobre o seu objeto e orientar a formulação de hipóteses (CERVO, 2006).

A pesquisa descritiva realiza estudos com a interpretação dos dados, com intuito de observar, registrar e analisar. Porém, a pesquisa qualitativa esta mais relacionada a responder questões particulares, trabalha muito com as ciências sociais e suas relações na sociedade (MINAYO, 2010).

O estudo foi realizado com enfermeiros das Estratégias e Saúde da Família (ESF's) do município de Juazeiro do Norte. Abranger-se-á como critério de inclusão os (as) profissionais enfermeiros (as) em exercício a pelo menos seis meses (tempo mínimo necessário a se ter experiência e/ou contato com a saúde local onde o profissional desempenha a assistência) independentemente de seu vínculo contratual (efetivo ou temporário), bem como que estes estejam devidamente regulamentados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que estejam disponível a participarem da pesquisa e os profissionais que tenham domínio em libras e os que também não possuem. Para este estudo, impõe-se como critério de exclusão os profissionais que não manifestar interesse em participar da pesquisa.

O trabalho foi realizado mediante autorização do departamento de Atenção Básica da Secretária de Saúde (SESAU) do município em pauta e após obtenção desta, os sujeitos foram informados sobre a realização da pesquisa, através de uma prévia visita às suas respectivas unidades, sendo estes esclarecidos sobre o objetivo do estudo, bem como, avaliados ao critério de inclusão sendo, portanto, convidados a participarem da pesquisa.

Em seguida, mediante consentimento destes, foi agendada uma data para o encontro de acordo com a disponibilidade do profissional e o local de coleta, acordado o horário apropriado ao seu desenvolvimento.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada (Apêndice) a qual combina perguntas objetivas com a presença do pesquisador, possibilitando discussões sobre o tema trabalhado. É importante mencionar, que a coleta poderá abranger critério de saturação. Os achados da pesquisa poderão repetir-se de forma a torná-la uniforme mediante repetições das respostas. Sobre este aspecto, impõe-se que caso ocorra o pressuposto, a pesquisa a outras unidades será interrompida e se concluirá a pesquisa.

A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente

e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa (MINAYO, 2010).

A análise dos dados foi baseada na verificação do conteúdo que consiste em um conjunto de técnicas que irão analisar as comunicações que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Sendo constituída por três fases: 1) pré-análise é caracterizado pela organização do material a ser analisado, porém existe quatro processos que também fazem parte dessa primeira fase, nos quais são: (I) leitura flutuante, (II) a seleção do material a ser avaliado, (III) formulação de hipóteses e (IV) elaboração de indicadores (BARDIN, 2009).

A segunda fase é denominada de exploração do material, diz respeito à codificação do material, identificação dos registros (corresponde ao segmento de conteúdo, temas, palavras ou frases) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem). E a terceira e última etapa consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

A pesquisa respeitou a resolução 466/12 que trata de pesquisas com seres humanos, sendo utilizado como meio de autorização o TCLE- Termo Livre Esclarecido, do qual foram feitas duas vias, uma para o paciente e outra para a equipe responsável pelo estudo. O trabalho foi autorizado pelo comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Juazeiro do Norte sobre parecer ético de acordo 2.658.033.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 13 entrevistas de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros, os mesmos foram abordados em seus respectivos consultórios de enfermagem mediante a sua autorização, onde foi realizada a entrevista semiestruturada com duração média de 15 minutos por profissional, utilizou-se o guia de perguntas para rastrear o conhecimento deles no manejo com os deficientes auditivos.

Os participantes foram submetidos a perguntas a respeito de suas situações socioeconômicas a fim de obter dados relacionados à idade, sexo, estado civil e formação máxima. Sendo assim possível a construção do quadro abaixo:

IDADE	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
25 á 30	05	38, 4 %
30 á 35	06	46, 1 %
35 á 40	02	15, 3 %

SEXO		
Feminino	12	92,3 %
Masculino	01	7,6 %
ESTADO CIVIL		
Casado (a)	07	53,8 %
Solteiro (a)	05	38,4 %
Divorciado (a)	01	7,6 %
FORMAÇÃO MÁXIMA		
Bacharel	06	46,1 %
Especialista	07	53,8 %
Mestre	—	0 %
Doutor	—	0 %
TOTAL	13	100 %

Quadro I: Perfil socioeconômico, Abril de 2018, Juazeiro do Norte-Ce.

A seguir serão descritas as categorias que emergiram após leitura e análise das respostas dos entrevistados.

Categoria I: Libras na humanização da assistência de enfermagem

Torna-se relevante à implementação da língua de sinais ainda na faculdade, pela a falta de despreparo dos profissionais inseridos no mercado de trabalho que não possuem qualificação suficiente ao se depara com estes pacientes, sendo indispensável o conhecido básico sobre essa temática devido os números crescentes dessa população a cada ano.

Enf. 1 “ Teve libras porém optativa. É extremamente importante no processo de humanização e individualização a assistência “.

Enf. 2 “ Não, importante para oferecer uma assistência uma assistência mais humanizada a esses deficientes “.

Enf. 6 “ É uma disciplina de extrema necessidade uma vez que o aluno deverá ser preparado para dar assistência de qualidade aos usuários que necessitem de um tipo de comunicação diferenciada “.

Enf.11 “ Não. Essa disciplina é muito importante, pois o profissional terá noções básicas de como interagir com esse paciente, desempenhando uma assistência eficaz “.

De acordo com as repostas, os enfermeiros demonstrarão majoritária em indicar que a disciplina de Libras é indispensável ainda dentro da faculdade visto que é uma forma de adquirir novos conhecimentos ainda dentro da academia com o intuito de poder pratica-lo junto com os colegas e professores, afim de aprimorar cada vez mais os sinais aprendidos. Toda via, torna-se uma necessidade pela a busca de profissionais que dominem esse meio de comunicação ao se deparar com uma situação real no momento da prestação do cuidado, deixando assim a desejar no atendimento ofertado.

Foram raras as iniciativas criadas pelos docentes de enfermagem no nosso país visando a criação de disciplinas integrantes da grade curricular obrigatória e eletivas que abordassem o papel do enfermeiro no que tange o cuidado e assistência a pessoa com deficiência na reabilitação (FIGUEIREDO, 2012).

Em nosso meio, a língua de sinais ainda é pouco difundida, logo o profissional não tem interesse por acharem que nunca vão se deparar com esse tipo de deficiente, comprometendo o atendimento prestado (LORITA, 2007).

Nessa perspectiva, identificou-se que além da dificuldade de comunicação entre equipe de enfermagem e a clientela surda, há também o despreparo na formação acadêmica desses profissionais, para a leitura de signos não linguísticos presentes nos corpos dos clientes. Signos esses, que possibilitariam o reconhecimento de riscos expressos em mensagens para tornarem viáveis a avaliação, diagnóstico e intervenção adequada de enfermagem (FIGUEIREDO, 2012).

Categoria II: Relevância sobre a comunicação com o deficiente auditivo

A comunicação é o que permeia a vida desde do nascimento, sendo crucial para troca de informações entre as pessoas, uma vez está utilizada torna-se indispensável para construção de laços entre os indivíduos. No entanto, uma comunicação bem empregada contribui significativa para a qualidade de vida dos pacientes surdos, por isso os profissionais devem estar aptos a se comunicarem com os mesmos, promovendo assim um acolhimento humanizado e direcionado para a aplicação inclusiva.

Enf. 1 “ É muito relevante para passar segurança ao paciente “.

Enf. 3 “ Acho esta temática de extrema importância, já tive duas gestante com problemas auditivos e precisamos de uma intérprete para poder levar a frente a consulta. No município só tinha dois intérpretes para acompanhar todos os município e era um caos “.

Enf. 4 “ É muito válida, pois propiciará um melhor desenvolvimento no cuidado a este paciente, visto que facilitará a comunicação e a inclusão social deste no ambiente da unidade de saúde “.

Enf. 7 “ A linguagem brasileira de sinais é uma forma especificada de comunicação ser utilizada com pessoas portadoras de deficiência auditiva e deve ser estimulada/ ensinada desde a infância e só ir aprofundando os conhecimento “.

A comunicação é um instrumento essencial à qualidade de vida, pois leva à socialização e à autonomia do indivíduo. Existem casos em que a pessoa com deficiência auditiva não foi alfabetizada, nem em Português nem em Libras, conhece apenas alguns códigos alternativos informais que, fora do nicho familiar, não fazem sentido. Nestes casos, este indivíduo está privado da comunicação com qualquer outra pessoa fora daquele meio, tem extrema dificuldade de interagir com outras pessoas, sobrevivendo como um estrangeiro em seu país (NOGUEIRA, 2000).

A comunicação com clientes ouvintes é feita pelos profissionais de saúde através

da linguagem oral e escrita com seus códigos verbais, mecanismo que nem sempre pode ser empregado com clientes surdos. Com esses clientes, recomenda-se que os profissionais de saúde, nesse caso, profissionais da equipe de enfermagem, recorram a Língua de Sinais Brasileira (MIRANDA, 2014).

Categoria III: Dificuldades e facilidades no atendimento com pacientes que apresentem essa deficiência auditiva

Pode-se perceber que muitos profissionais não têm conhecimento e domínio sobre a língua de sinais deixando assim a desejar na assistência ofertada. Muitas vezes, necessita recorrer a outros meios de comunicação para assim estabelecer uma forma de contato, tornando o atendimento desumanização e havendo a quebra de vínculo e sigilo entre paciente e profissional.

Enf. 1 “ Sim, foi muito difícil, tivemos que chamar a nutricionista para realizar a comunicação pois era a única profissional que falava em libras “.

Enf. 4 “ Sim, há alguns anos tive que acompanhar o pré-natal de um gestante deficiente auditivo, foi bem complicado , pois não possuo domínio das libras, mas utilizei os recursos que foram possíveis como: mímicas, leituras (Ela sabia ler e escrever), e deu certo, no entanto se nesta situação eu tivesse tido o contato com a linguagem dos sinais teria me ajudado muito “.

Enf. 5 “ Diariamente, aparece pacientes com deficiência. Na UBS procuramos atender o paciente de forma em que eles se sintam o mais acolhido possível “.

Enf. 6 “ Sim, atendimento difícil pela falta de compreensão, solicitei ajuda dos colegas que tinham maior entendimento que eu, me senti impotente diante dessa situação tão particular “.

As pessoas com deficiência auditivas, comparadas com as demais deficiências são as que mais enfrentam dificuldade de inclusão na sociedade, portanto a audição é o sentido essencial para a aquisição e uso da linguagem. Decorrente da sua limitação, muitas vezes este deficiente é estigmatizado como revoltado e dissimulado (FRANÇA, 2013).

Existem algumas barreiras que interferem negativamente no processo de comunicação. Essas dificuldades decorrem de limitações biológicas do receptor ou emissor (afasias, déficit auditivo, déficit visual), imposição de valores e influência de mecanismos inconscientes, falta de compreensão da linguagem do transmissor, por parte de cliente e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores. Incluídos a essas condições estão também as diferenças sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais que influenciam a comunicação (CORIOLANO, 2017).

Essas barreiras também são identificadas na interação dos portadores de deficiência auditiva e trabalhadores de saúde (BARBOSA, 2003). Porém, a comunicação do profissional de saúde com a pessoa surda normalmente acontece

fora dos padrões esperados na rotina de trabalho. Na maioria das vezes, ao recorrer a estes profissionais, o surdo se defronta com a falta de domínio de comunicação (CORRÊA, 2010).

Com efeito, estudos comprovam a persistência de barreira de comunicação na interação entre surdos e profissionais de saúde, portanto, torna-se indispensável que ambos encontrem formas de interagirem-se para garantir uma assistência de melhor qualidade (MIRANDA, 2014).

Partindo dessa perspectiva, o interesse profissional é fundamental para a redução dessas barreiras comunicativas, visto que os indivíduos surdos representam uma parcela considerável da população como um todo e necessitam, em algum momento de suas vidas, dos serviços de saúde. Para que assim seja oferecida uma assistência eficaz e de qualidade levando em conta as necessidades dos mesmos (PAGLIUCA, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível constatar através dessa pesquisa que os enfermeiros não possuem capacitação adequada para atender os deficientes auditivos, visto que o cuidado é falho decorrente dos meios de comunicações improvisados, onde o cuidado fica restrito por não haver uma transmissão de mensagens coerente entre ambos.

Os enfermeiros foram unânimes em apontar que existe falha dos órgãos empregatícios, no que diz respeito a investir em educação permanente e continuada dos profissionais que já estão inseridos no mercado de trabalho, sendo indispensável um olhar holístico e empático por meio dos gestores.

Mediante o que foi abordado, torna-se relevante as parcerias entre a prefeitura e as instituições de ensino privadas e públicas na realização de treinamentos efetivos e periódicos por alunos e professores das disciplinas de libras ofertadas nessas instituições, para manter os profissionais atualizados sem precisar onerar os cofres públicos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria Alves et al. Língua Brasileira de Sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. *Rev. enferm.* UERJ, v. 11, n. 3, p. 247-251, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 21 out 2017.

CERVO, A. L.; SILVA, R. **Metodologia de Pesquisa**- Pesquisa Científica, Prentice Hall Brasil, São Paulo, ed. 6, 2006.

- CORRÊA, C.S, Pereira L.A.C, Barreto L.S et al. O despertar do enfermeiro em relação ao paciente portador de deficiência auditiva. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online**. 2010.
- CORIOLANO M., LAVOR M.W. et al . **Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura**. SaudeSoc., São Paulo, v.23, n.4, p.1356-1369, Dec. 2014. Available from. accesson 26 Out 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400019>.
- CHAVEIRO, P.N, BARBOSA C.C, ALVES M. Relação do paciente surdo com o médico. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. 2009, vol.75, n.1, pp. 147-150. ISSN 0034-7299. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v75n1/v75n1a23.pdf>> Acesso em: 21 out 2017.
- FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; BARBOSA, Luis Alberto; et al. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, Wiliam César Alves. **Tratado Cuidados de enfermagem Médico-Cirúrgico**. Rio de Janeiro. Roca. 2012. Cap. 162. p. 3024-3061.
- FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009. p. 223-239. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/23.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2013.
- FREIRE, D. B.; GIGANTE, L. P.; BÉRIA, J. U.; PALAZZO, L. S.; FIGUEIREDO, A. C.; RAYMANN, B.C.; **Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul Brasil**. Cad Saude Pública. v.25, n.4, p. 889-97, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/20.pdf>>. Acesso em 21 out 2017.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. **Características Gerais da População. Resultados da Amostra**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf>. Acesso em 21 out 2017.
- LORITA, M.F.P. , Fiúza, N.L.G, Rebouças, C.B.A. **Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo, 2007**.
- MARQUES, A.C, KOZLOWSKI, L., MARQUES, J. M. **Reabilitação auditiva no idoso**. 2004; 70(6): 806-11. Disponível em: < <http://www.fsp.usp.br/isa-sp>>. Acesso em 21 out 2017.
- MIRANDA. R. S ; **A comunicação não verbal com clientes surdos: um olhar inovador para a enfermagem sobre instrumentos básicos do cuidado**. Rio de Janeiro, 2014.
- MINAYO, M.C.S. o **desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- NOGUEIRA R.A, CAETANO J.A, PAGLIUCA L.M.F. Interpretação da comunicação não-verbal de um grupo de surdos. **Rev RENE**. 2000;1(1):41-5.
- ONU. Conselho Económico e Social. **Seguimento da Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social e a vigésima quarta sessão especial da Assembléia Geral questões emergentes: "Integração da deficiência na agenda de desenvolvimento"**. 2008. Disponível em: <<http://www.un.org/disabilities/documents/reports/e-cn5-2008-6.doc>>. Acesso em 21 out 2017.
- PAGLIUCA, L. M, FIÚZA, N. L, REBOUÇAS, C. B; Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n.3, p.411-8, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/10.pdf>>. Acesso em 21 out 2017.
- PISANESCHI, E. **Política Nacional de Saúde Pessoa com Deficiência: Avanços e Desafios**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

Estratégias. 2009. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338393381_sem%202009%20erika.pdf>. Acesso em 31 out 2017.

O ENSINO DA DISCIPLINA SAÚDE INDÍGENA NOS CURSOS SUPERIORES DE ENFERMAGEM EM MANAUS – AM

Dorisnei Xisto de Matos

Universidade Paulista - UNIP

Manaus - Amazonas

Elaine Barbosa de Moraes

Universidade Paulista – UNIP

Manaus- Amazonas

RESUMO:Essa pesquisa tem como objetivo fazer uma reflexão sobre a relevância do ensino da disciplina saúde indígena no curso de enfermagem para a formação do enfermeiro no Amazonas. **Metodologia:** Pesquisa documental, exploratória com abordagem quantitativa, a coleta de dados se deu por meio dos sites das Instituições de Ensino Superior de Manaus – AM para verificar a ementa do curso, e na plataforma Lattes, o currículo dos docentes que ministram a disciplina Saúde Indígena. **Resultados e Discussões** - Apenas 50% das instituições oferecem a disciplina na grade curricular do curso, do total de IES que fornece a disciplina 66,66% dos docentes tem formação em Saúde Indígena, 33,34% tem formação em Saúde Pública. Os resultados encontrados corroboram a relevância da implementação da disciplina para a formação do enfermeiro que irá atuar no estado do Amazonas. **Considerações Finais** inserção da disciplina Saúde Indígena no currículo do curso de enfermagem tende a ser o alicerce para a formação e

desenvolvimento de competências culturais, respeito a diversidade étnica e valorização da cultura nativa, reconhecendo e promovendo um cuidado de acordo com as especificidades de cada povo.

PALAVRAS-CHAVE:Atenção à saúde de povos indígenas. Enfermagem. Transcultural. Educação em enfermagem.

ABSTRACT: This research aims to reflect on the relevance of the teaching of the discipline of indigenous health in the nursing course for the formation of nurses in the Amazon. **Methodology:** Documental research, exploratory with quantitative approach, data collection took place through the sites of higher education institutions of Manaus-AM to check the course menu, and on the platform Lattes, the curriculum of the professors who minister The discipline of indigenous health. **Results and discussions** - Only 50% of the institutions offer the discipline in the curricular curriculum of the course, of the total IES that provides the discipline 66.66% of the teachers have training in Indigenous Health, 33.34% have a Public Health training. The results corroborate the relevance of the implementation of the discipline for the training of nurses who will work in the state of Amazonas. **Final considerations** - the insertion of the Indigenous Health discipline in the curriculum of the nursing course tends to be

the foundation for the formation and development of cultural competences, respect for ethnic diversity and appreciation of the native culture, recognizing and promoting a care according to the specificities of each people.

KEYWORDS: Attention to the health of indigenous peoples. Cross-cultural nursing. Education in nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Amazonas é o estado com a maior população indígena do Brasil, são 168,7 mil indígenas autodeclarados e, ainda, o estado onde estão localizados quatro dos cinco municípios com a maior população indígena do país (BRASIL, 2010). Diante desse número expressivo, subentende-se a importância do empenho do sistema de saúde para atender à demanda desta população. Para tanto, foram implantados sete Distritos Especiais Indígenas (DSEIs) no Estado, onde enfermeiros e técnicos de enfermagem como membros da equipe multidisciplinar devem atuar com respeito às especificidades epidemiológicas, operacionais e culturais de cada povo (PINA et al., 2014).

No contexto da saúde indígena, preconiza-se um modelo de atenção peculiar, que assegure direitos de atenção integral a saúde que atendam as necessidades dessa população abrangendo a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, bem como, o respeito e reconhecimento da eficácia da medicina tradicional (GARNELO, 2012). Portanto, para que se possa ofertar uma assistência à saúde moldada no cuidado diferenciado se faz necessário à formação de profissionais capacitados que contribuam para a melhoria na qualidade da saúde de povos indígenas.

Ao se falar em formação profissional entende-se que esta não se limita a um aprendizado técnico apenas para cumprir determinadas tarefas. Trata-se de algo mais amplo e mais substancial, a educação profissional deve se preocupar em formar cidadãos. E na perspectiva da formação profissional para assistência aos povos indígenas, preconiza-se que esta seja organizada levando em conta os fatores culturais, reconhecendo e valorizando os conhecimentos e línguas desse povo (GARNELO, 2012).

A diversidade sociocultural de pacientes indígenas e o despreparo dos serviços de saúde para lidar com essas diferenças se torna um desafio para o atendimento diferenciado nos três níveis de atenção à saúde. Esse atendimento diferenciado deve ser entendido como um modelo de assistência no qual as ações de saúde devem ser adaptadas às especificidades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das populações indígenas (PEREIRA et al., 2014).

Os avanços na atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros se deram com uma significativa representação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI) e da Política de Atenção a Saúde de Povos Indígenas (PNASPI), pois a instituição dessas políticas trouxe significativas mudanças no contexto da saúde indígena, marcado por uma história de desigualdades sociais, econômicas e de saúde se comparados à sociedade brasileira em geral. O preparo dos recursos humanos para a atuação

no âmbito intercultural é uma das diretrizes da PNASPI, sendo necessária para a efetivação da atenção diferenciada (DIEHL; FOLLMANN, 2014; DIEHL; PELEGRINI, 2014).

A atenção diferenciada, o respeito à cultura e às tradições, bem como à medicina tradicional só foram possíveis após longos períodos de negociações e discussões acerca da política de saúde. Entretanto, os povos indígenas ainda se encontram na luta para obter uma saúde de qualidade (ARAÚJO, 2014).

Diante do exposto, questiona-se: qual a importância da disciplina Saúde Indígena para a formação do enfermeiro no Estado do Amazonas? Objetivou-se nesse estudo fazer reflexão sobre a relevância do ensino da disciplina saúde indígena no curso de graduação em enfermagem para a formação do enfermeiro no Amazonas, identificar quais as Instituições de Ensino Superior que oferecem a disciplina na grade curricular do curso de Enfermagem e verificar se os docentes que ministram a disciplina têm formação em Saúde Indígena.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo refere-se a uma pesquisa documental, exploratória, com abordagem quantitativa. A coleta de dados se deu por meio dos sites das Instituições de Ensino Superiores (IES), localizadas na cidade de Manaus estado do Amazonas, para verificar por meio da ementa se o curso oferta a disciplina Saúde Indígena. Para constatar se professores possuíam alguma formação específica em Saúde Indígena foi verificado por meio da plataforma Lattes o currículo dos docentes que ministram a disciplina nas instituições.

Foram ainda consultadas e utilizadas obras bibliográficas, consultadas em bases de dados eletrônicas e livros do acervo da Biblioteca da Universidade Paulista-UNIP, para embasamento teórico e discussão de resultados. Na apresentação dos resultados os nomes das IES foram codificados com as letras do alfabeto de A a J. O período de coleta de dados foi de junho a setembro de 2017.

3 | RESULTADOS

Durante o estudo foram analisadas as ementas de dez IES que dispõem o curso de Enfermagem na cidade de Manaus. Na verificação da ementa foi constatado que apenas 50% delas ofereciam a disciplina Saúde Indígena na grade curricular do curso. Entretanto, quando verificado se eram optativas ou obrigatórias se obteve resultado de 100% sendo obrigatórias. Ao analisar a carga horária se observa uma pequena variação de 40 a 45 horas, dados apresentados na tabela 1.

IES	TEM A DISCIPLINA	MODALIDADE DE ENSINO	CARGA HORÁRIA
A	NÃO	-	-
B	SIM	OBRIGATÓRIA	40H
C	NÃO	-	-
D	NÃO	-	-
E	SIM	OBRIGATÓRIA	45H
F	NÃO	-	-
G	SIM	OBRIGATÓRIA	40H
H	SIM	OBRIGATÓRIA	40H
I	SIM	OBRIGATÓRIA	45H
J	NÃO	-	-
TOTAL EM %	50%	100%	

Tabela 1. Instituições que oferecem a disciplina no curso de enfermagem.

A tabela 2 apresenta o currículo Lattes dos professores que ministram a disciplinas no curso. Foi verificado que apenas 66,66% possuem uma especialização lato sensu em Saúde Indígena com carga horária maior que 360h, e 33,34% possuem título de mestre em saúde pública. A instituição G não dispunha de professor no período vigente, o professor é contratado apenas quando os alunos estão no quinto período do curso. Já a instituição B não disponibiliza o nome do professor, apenas informa que a disciplina é ofertada no oitavo período.

IES	TIPO DE FORMAÇÃO		DESCRIÇÃO DA PÓS-GRADUAÇÃO
	LATO SENSU	STRICTU SENSU	
B			Não consta.
E	X		Especialização em Saúde Indígena. (Carga Horária: 420h).
G			Não consta.
H	X		Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 360h).
I	X	X	Especialização em Vigilância em Saúde Pública e Saúde Indígena. (Carga Horária: 434h). Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia (Conceito CAPES 3).

Tabela 2 – Currículo Lattes dos professores que ministram a disciplina saúde indígena.

4 | DISCUSSÕES

Há dez Instituições que ofertam o curso de enfermagem em Manaus, entretanto, o número que corresponde à oferta da disciplina na grade curricular é de 50%, pressupondo que esse quantitativo é insuficiente para suprir a necessidade da atenção do enfermeiro para essas populações. A disciplina é a principal ferramenta para o aprendizado da

atenção diferenciada preconizada pelas políticas de saúde indígena (CASTRO, 2015). Esses dados confirmam a hipótese de que existem enfermeiros que trabalham na saúde indígena sem terem tido um preparo específico durante a graduação.

Sabe-se que o Amazonas concentra a maior população indígena do país, sugerindo que o sistema de saúde esteja preparado desde a atenção básica à alta complexidade para ofertar um atendimento de qualidade que atenda as necessidades desta população. Para tanto, é imprescindível que as universidades, principalmente as com sede na região, estejam empenhadas em formar profissionais de saúde com competências culturais para lidar com diferentes povos (PINA et al., 2016).

Em contrapartida, o fato de a disciplina ser obrigatória em 100% dos cursos demonstra o empenho das IES em promover o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos inerentes a atenção a saúde indígena e ao cuidado culturalmente adequado.

O cuidado é cultural visto que cada povo tem seu modo próprio de entender e executar o ato de cuidar. Nesse contexto, é necessária a adaptação do cuidado à cultura, pois o indivíduo compreende melhor o cuidado e o ato de se cuidar quando estes se adequam ao seu modo de vida (SILVA et al., 2013).

Culturalmente, os enfermeiros competentes são sensíveis às questões relacionadas com a cultura, raça, etnia, gênero e orientação sexual. Além disso, os enfermeiros com competência cultural melhoram a eficácia na capacidade de comunicação, apreciações culturais e aquisição de conhecimentos relacionados com as práticas de saúde de diferentes culturas (SILVA et al., 2013, p.121).

Na verificação do currículo dos docentes obteve-se amostra de apenas 60% das intuições, 20% não apresentavam informações sobre o professor, e 20% não havia um professor no período correspondente à data da coleta de dados, informando apenas que esse professor é contratado quando os alunos estão no quinto período.

A avaliação do currículo dos docentes apresenta um percentual de 66,66% com uma formação complementar voltada para a saúde indígena, e os outros 33,34% apenas para a saúde pública. Partindo do pressuposto de que o professor passa melhor a disciplina quando se tem maior apropriação do conteúdo, salienta-se a importância da formação desse profissional para ministrar as aulas.

No processo de ensinar há o ato de saber por parte do professor. O professor tem que conhecer o conteúdo daquilo que ensina. Então para que ele ou ela possa ensinar, ele ou ela tem primeiro que saber e, simultaneamente com o processo de ensinar, continuar a saber por que o aluno, ao ser convidado a aprender aquilo que o professor ensina, realmente aprende quando é capaz de saber o conteúdo daquilo que lhe foi ensinado (FREIRE, 1996, p.79).

Nessa perspectiva, reitera a possibilidade de rediscussão dos currículos docentes, para que se possa alcançar a excelência na formação acadêmica do enfermeiro, auxiliando no desenvolvimento de habilidades voltadas para assistências em contextos culturais e grupos específicos (PINA et al., 2015).

Por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Enfermagem (DCN/ENF) foi possível idealizar um perfil profissional de enfermeiros com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, exercendo a enfermagem com base no conhecimento científico elencado em princípios éticos, capaz de conhecer e intervir em problemas ou situações de saúde-doença predominantes no perfil epidemiológico nacional e regional, com competência e responsabilidade social como promotor da saúde integral do ser humano (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Os resultados encontrados corroboram a relevância da implementação da disciplina para a formação do enfermeiro que irá atuar no estado do Amazonas, pois existe uma parte bastante significativa da população brasileira que vive no Estado que precisa de uma atenção diferenciada e, se esse profissional não foi obtiver um preparo durante a graduação, enfrentará dificuldades na inserção do cuidado a estes pacientes.

Dentre as dificuldades encontradas pelo enfermeiro no cenário da saúde indígena como barreiras culturais e linguísticas está a falta de capacitação prévia para trabalhar com o paciente indígena, barreira esta que promove a insegurança por parte do profissional na prestação do cuidado (MARINELLI et al., 2012).

A inclusão da disciplina saúde indígena na grade curricular do curso de enfermagem foi um dos tópicos de discussão da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (DIEHL; FOLLMANN, 2014). A formação desse perfil profissional a que se refere as DCN/ENFs implica na adequação da formação do enfermeiro à diversidade e complexidade do mundo contemporâneo. Tais competências são alcançadas por meio de metodologias aplicadas em sala de aula, o aluno atua como sujeito de sua aprendizagem, e o professor como facilitador (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Por fim, se obteve uma amostra satisfatória de apenas 20% das IES que apresentavam a disciplina no curso e o docente possuía formação na área, sugerindo que este número deva ser melhorado, considerando a demanda regional e as políticas de saúde para esta população. Segundo Pina (2013, p.3) "o curso de Enfermagem, por meio de seus docentes, deve implementar iniciativas sistemáticas de ensino-aprendizagem, discutindo a biodiversidade na Amazônia e, especificamente, as populações indígenas". Esse resultado valida a importância da disciplina saúde indígena para a formação do enfermeiro que irá atuar no Estado.

A relevância do ensino da saúde indígena é fomentada pela necessidade da atenção diferenciada, que, infelizmente, ainda não é uma realidade no sistema de atendimento à saúde do paciente indígena, pois há falhas na inserção do cuidado diferenciado promovido pelo despreparo do enfermeiro para lidar com a cultura nativa e diversidade étnica desses pacientes (MOREIRA; MOTTA, 2014; RISSARDO et al., 2015).

Entende-se que a formação do enfermeiro deve estar pautada na competência cultural, este futuro profissional precisa receber um preparo para lidar com as peculiaridades do paciente. É importante salientar que a enfermagem não é estática, ou seja, não se limita a generalização de cuidado, mas se adapta, se transforma e se

reproduz(RIBEIRO, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Amazonas existe uma necessidade real da formação profissional para suprir a demanda regional por um cuidado em contextos culturais. Assim, as Instituições de Ensino precisam formar profissionais com competências culturais que venham a contribuir para a melhoria da assistência a saúde de populações específicas, como a indígena.

Portanto, a inserção da disciplina Saúde Indígena no currículo do curso de enfermagem tende a ser o alicerce para a formação e desenvolvimento de competências culturais, respeito a diversidade étnica e valorização da cultura nativa, reconhecendo e promovendo um cuidado de acordo com as especificidades de cada povo. Pois se entende que a demanda por profissionais capacitados para essa área profissional é expressiva.

Por conseguinte, é fundamental que o docente tenha pelo menos uma instrumentalização maior em saúde indígena, seja por meio de uma especialização ou mesmo por experiência assistencial em área indígena para que a formação do enfermeiro não se limite ao cuidado generalizado. Assim, a qualificação do docente também precisa ser revista pelas IES.

Sugere-se que sejam revistas as grades curriculares dos cursos superiores de enfermagem da cidade de Manaus, a fim de formar um profissional mais bem preparado para a demanda regional. Para isso a disciplina deve ser ministrada por um profissional que tenha pelo menos uma formação complementar na área da saúde indígena, para que este possa passar conhecimentos inerentes aos contextos interétnicos e interculturais, e relativos à enfermagem transcultural.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.K. **A formação profissional dos agentes indígenas de saúde** [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014. p. 4-29. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/15592>>. Acesso em: 20 set. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE . Diretoria de Pesquisas. **Os Indígenas no censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>>. Acesso em 15. set. 2017.

CASTRO, N.J.C. **O ensino da saúde indígena nos currículos e espaços acadêmicos**. Rev. Ensino, Saúde e Ambiente. v. 8, n.1, p. 15-25, Abril, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22409/esa.v8i1>>. Acesso em: 05 out. 2017.

DIEHL, E.E; FOLLMANN, H.B.C. **Indígenas como trabalhadores de enfermagem**: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. Texto Contexto Enferm. v.23, n.2, p. 451-9. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>>. Acesso em: 14 out. 2017.

DIEHL, E.E; PELLEGRINI, M.A. **Saúde e povos indígenas no Brasil**: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Cad. Saúde Pública. v. 30, n.4, p 867-874. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>>. Acesso em: 22 set. 2017.

FERNANDES, J.D. REBOUÇAS, L.C. **Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem**: avanços e desafios. Rev. bras. enferm. v. 66 no.spe. Brasília Set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700013>>. Acesso em: 20 out. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GARNELO, L. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. 22 ed. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 295 p.

VILELAS, J.M.S; JANEIRO, S.I.D. **Transculturalidade**: o enfermeiro com competência cultural. REME - Revista Mineira de Enfermagem. v.16, n.1. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>>. Acesso em: 12 set. 2017.

MARINELLI, N; NASCIMENTO, D; COSTA, A. et. al. **Assistência à população indígena**: Dificuldades encontradas por enfermeiros. Revista Univap, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012. ISSN 2237-1753. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18066/revunivap.v18i32.93>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

MOREIRA, G.O; MOTTA, L.B. **Competência cultural na graduação de medicina e enfermagem**. Rev. Bras. Educ.v.40, n.2. p. 164-171. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200164&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 22 out. 2014.

PEREIRA, ER; BIRUEL, E.P; OLIVEIRA, L.S.S. **A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas**. Rev. Saúde Soc. v. 23, n. 3, p. 1077-1090. São Paulo, 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902014000301077&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 set. 2017.

PINA, R.M.P; PUSHEL, V.A.A; ROCHA, E.S.C. et. al. **Ensino de enfermagem na saúde indígena**: uma abordagem problematizadora – relato de experiência. Revenferm UFPE, Recife. v.10, n.3, p. 1556-61; Abril, 2016. Disponível em: <<10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201624>>. Acesso em: 24 out. 2017.

RIBEIRO, A.A. **O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena**. Texto Contexto Enferm, v.24, n.1, p. 148-35. Florianópolis, janeiro, 2015. Disponível em <dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002480013>. Acesso em 24 out. 2017.

RISSARDO, K.L; MOLITERNO, A.C.M; CARREIRA, L. et. al. **Fatores da cultura Kaingang que interferem no cuidado ao idoso**: olhar dos profissionais de saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem. v.21, n6. p. 1345-52. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013005000009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SILVA JLL, MACHADO EA, COSTA FS, SOUSA JL et al. **Reflexões sobre o cuidado transcultural e o processo saúde doença**: contribuições para a assistência de enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. v.5, n.1, p.3185-95. jan/mar 2013. Disponível em: <<10.9789/2175-5361.2013v5n1p3185>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

O OLHAR DO EGRESSO SOBRE O SIGNIFICADO DA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM NEUROCIRÚRGICA

Felipe Ribeiro Silva

Centro Universitário de Brasília, Curso de Enfermagem

Brasília, Distrito Federal

Ana Cristina dos Santos

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Brasília, Distrito Federal

Josiane Maria Oliveira de Souza

Universidade de Brasília, Curso de Enfermagem,

Faculdade de Ceilândia

Brasília, Distrito Federal

Marcia Cristina da Silva Magro

Universidade de Brasília, Curso de Enfermagem,

Faculdade de Ceilândia

Brasília, Distrito Federal

RESUMO: O estudo teve como objetivo explorar a opinião de egressos do programa de residência em Enfermagem Neurocirúrgica sobre o significado da residência na formação profissional do enfermeiro. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com egressos de um curso de residência no Distrito Federal, Brasil. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com 10 participantes. Os dados foram analisados fazendo uso da técnica de análise de conteúdo, onde emergiram três categorias temáticas, quais sejam: 1) “Residência como modalidade de ensino; 2) “Residência e inserção no mercado de trabalho”; e, 3) “Participação do residente

na dinâmica assistencial”. Os egressos elegeram a residência como uma modalidade mais completa de ensino comparada a outras pós-graduações e acreditam que por meio dela há melhor qualificação para o mercado de trabalho e real benefício à qualificação do serviço. Sugere-se a manutenção e expansão do programa de residência aos enfermeiros de todo país.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em enfermagem; Enfermagem; Educação de pós-graduação.

THE PERCEPTION OF THE RESIDENCY PROGRAM GRADUATES OVER THE MEANING OF RESIDENCY IN NEUROSURGICAL NURSING

ABSTRACT: The objective of this study was to investigate the opinion of students who had graduated from a residency program in Neurosurgical Nursing on the meaning of the residency course on the professional training of nurses. The study was qualitative, based on a semi-structured questionnaire. Final sample had 10 students. The data were analyzed using the content analysis technique, where three thematic categories emerged, namely: 1) “Residence as a teaching modality; 2) “Residence and insertion in the labor market”;

and, 3) “Resident participation in care dynamics”. The graduates chose the residence as a more complete modality of education compared to other post-graduations and believe that there is better qualification for the job market. It is suggested to maintain and expand the residency program to nurses from all over the country.

KEYWORDS: Education Nursing; Nursing; Education Graduate

1 | INTRODUÇÃO

A Residência, por definição, é uma modalidade de ensino em nível de pós-graduação *latu sensu*, caracterizada pelo treinamento em serviço sob supervisão de profissionais habilitados. Vislumbra uma formação crítico-reflexiva, sustentada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde concernente à qualificação de recursos humanos em saúde (Carbogim, Santos, Alves, & Silva, 2010). É também definida pela Resolução nº 259/2001 do Conselho Federal de Enfermagem e destinada aos enfermeiros que desenvolvem as competências técnico-científica e ética, decorrentes do treinamento em serviço. (Conselho Federal de Enfermagem, 2001).

Carbogim et al (2010) e Figueiredo & Aguiar (2005) destacam que a peculiaridade deste tipo de especialização é a oportunidade do profissional trabalhar pesquisando e produzindo conhecimentos. Sobretudo realizar ações concretas na prática laboral, por meio de uma proposta político-pedagógica diferenciada, que estimula o residente a desenvolver habilidades técnico-científicas que o tornam agente transformador da realidade.

No Brasil os primeiros programas de residência em enfermagem surgiram na década de 70 com objetivo de capacitar profissionais recém-formados para a prática profissional. Esta experiência continuou expandindo-se pelo país, e o Distrito Federal (DF) aderiu à proposta em 1996 com a criação dos programas dos cursos de Educação Profissional sob moldes da residência em diversas áreas, dentre elas a da Enfermagem. No ano de 2001, deu-se início a residência em enfermagem em três hospitais da rede de saúde pública do DF, mas entre eles no Hospital de Base (HBDF), o programa inicialmente nomeado de Curso de Educação Profissional em Enfermagem aos Moldes de Residência, a partir do ano de 2005, ganhou a denominação de Residência em Enfermagem (Minetto, 2008).

Atualmente com a configuração da residência em enfermagem do DF, publicada em 2015 almeja-se uma melhor segurança do cuidado. Nessa vertente, recomendam-se o emprego de estratégias que visem à padronização de processos de trabalho; a identificação de riscos seguidos do planejamento da assistência; o consumo crítico de conhecimento científico; o compromisso gerencial visando alcançar uma cultura de formação somativa e não punitiva, em que os erros possam ser corrigidos em um ambiente seguro, e haja portanto uma melhor comunicação para consolidação não somente do conhecimento científico, mas das competências afetivas e atitudinais dos residentes (Oliveira et al, 2017).

A partir desta nova configuração, a Residência em Enfermagem em Neurocirurgia (REN) do Hospital de Base do Distrito Federal, Brasil, foi fechada. Os cuidados de enfermagem prestados a pacientes ficaram a cargo de enfermeiros com outras especialidades. O que nos motivou a propor este estudo, visando contribuir com o entendimento do que representou a formação da residência em neurocirurgia no cenário do ensino profissionalizante em Enfermagem e, assim refletir sobre as repercussões da ausência desta modalidade para qualificação destes profissionais. Neste sentido, temos como objetivo do estudo explorar a opinião de egressos do programa de residência em Enfermagem Neurocirúrgica sobre o significado da residência na formação profissional do enfermeiro.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo realizado, desenvolvido em um hospital do Distrito Federal, com egressos de um Programa de Residência em Enfermagem Neurocirúrgica, durante o período de outubro a novembro de 2015.

Foram considerados como critérios para inclusão do estudo ser enfermeiro egresso do programa de residência em neurocirurgia até o ano de 2015; possuir mais de 18 anos; e ter concordado em participar do estudo. Obedecendo esses critérios, a amostra final resultou em 10 participantes.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista, utilizando-se um instrumento semiestruturado, com questões relacionadas à opinião dos egressos sobre o programa de residência como modalidade de formação do especialista, seus impactos na vida profissional e na dinâmica assistencial da unidade. Neste sentido, enquanto questões norteadoras adotou-se: qual sua opinião sobre a residência em Enfermagem Neurocirúrgica? Na sua opinião, a residência trouxe alguma contribuição ao serviço e aos residentes? Se sim, quais?

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise das falas foram realizadas a partir da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009), com base nas seguintes etapas: constituição do *corpus* (composta pelas 10 entrevistas, utilizando-se o critério de exaustividade), leitura flutuante e preparação do material (transcrição na íntegra das gravações das entrevistas), codificação (os recortes foram realizados por nível semântico, utilizando-se como unidade de registro a unidade temática, com a identificação do entrevistado fonte pela numeração de E 01-20), categorização (seguiu-se a lógica semântica, agrupando-se os temas em três categorias temáticas; as quais foram conferidas por três diferentes membros para determinação da coerência e validação dos agrupamentos), e inferência e interpretação dos resultados (com base no objetivo do estudo).

O projeto de pesquisa foi aprovado no comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal sob o número de parecer 1.440.587. Todos os sujeitos participantes assinaram um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de autorização de gravação de áudio.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os enfermeiros entrevistados predominou o sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 30 anos. A maioria já havia cursado outras pós-graduações e todos relataram indicar a importância em participar de um programa de residência a outro colega de profissão. Após a organização, análise e interpretação das falas chegou-se ao agrupamento das unidades de análise em três categorias temáticas, a saber: 1) “Residência como modalidade de ensino”; 2) “Residência e inserção no mercado de trabalho”; e, 3) “Participação do residente na dinâmica assistencial”.

3.1 Residência como modalidade de formação

A Residência foi apontada por todos os entrevistados como uma modalidade de ensino muito importante para formação teórico-prática dos enfermeiros, de modo a permitir o desenvolvimento de habilidades imprescindíveis à atuação mais qualificada do profissional, como a da tomada de decisão, diante de situações complexas. Foi referenciada como uma ferramenta de preparação clínica, visto que permite a vivência e o enfrentamento de situações adversas no dia-a-dia de suas atividades, o que estimula o aprendizado e a busca de novos conhecimentos, como identifica-se nos relatos a seguir:

“O enfrentamento de situações desconhecidas ajuda o enfermeiro em processo de especialização a tornar-se líder, com capacidade de tomar decisões técnicas/científicas” (E1)

“a residência em neurocirurgia foi um divisor de águas na minha formação profissional [...] o que aprendi na (residência de) neurocirurgia do HBDF faz parte do que eu sou agora como pessoa e como profissional” (E4)

“A modalidade de residência [...] faz a diferença na vida do profissional por oferecer condições não apenas de adquirir teoria [...], mas oferece a condição de estimular o crescimento profissional, com a junção entre a teoria e a prática em uma mesma modalidade de formação, que não permite dissociar esses dois pilares estruturais da formação de um especialista” (E5)

Em estudo sobre o impacto da residência de enfermagem na reconfiguração do perfil do enfermeiro assistencial, Lopes & Moura (2004) ressaltam que os desafios vivenciados no cotidiano levam o profissional a perceber sua realidade com visão mais crítica e a partir disso buscarem novos saberes que fundamentem sua prática. Canabarro, Siqueira e Terra (2016) ainda destacam que residência promove a autonomia dos profissionais e a aproximação do ensino à realidade, formando indivíduos críticos e reflexivos.

Os relatos apontam, ainda, a Residência de Enfermagem como fator divisor

de águas entre uma Enfermagem tecnicista e alienada, e a Enfermagem científica e competente, sendo mola propulsora para a qualidade da Enfermagem como um todo. Depreende-se dos relatos que a residência de enfermagem prepara um profissional diferenciado e com visão ampliada da assistência:

“O profissional tem a oportunidade de está cuidado do paciente da internação até a alta, tendo uma visão holística do que é a assistência de enfermagem ao paciente neurocirúrgico” (E1)

“Para o acadêmico que acabou de se formar ou para quem já trabalha na área a residência te proporciona uma visão sistêmica da assistência hospitalar” (E3)

“Os Enfermeiros especialistas formados na modalidade de residência tendem a possuir uma qualidade diferenciada, pois ao mesmo tempo em que estava estudando, também estava estimulando seu crescimento prático enquanto profissional” (E5)

“Me permitiu um amplo desenvolvimento das minhas habilidade como profissional enfermeiro. Hoje quando realizo uma auto avaliação percebo que esta modalidade me conferiu habilidades que me tornaram um profissional diferenciado” (E7)

Neste sentido, corrobora-se com as afirmativas de Barros & Michel (2000), que reconhecem a residência como uma estratégia eficaz no preparo de enfermeiros provenientes das mais diversas formações, com a capacidade de transformá-los em profissionais altamente capacitados.

A apreensão de conhecimento especializado por meio da residência foi considerada como mais pleno e confiável comparado com cursos de especialização tradicionais, cujo os quais caracterizam-se por uma carga horária reduzida e sem foco no treinamento em serviço, diferente daquele presente na residência, como observado nas falas abaixo:

“o residente agrega conhecimentos, habilidades e atitudes próprias a serem utilizadas na promoção, proteção e recuperação da saúde e esse conjunto não se adquire em cursos mensais de especialização” (E1)

“o profissional submetido a uma residência apresenta senso crítico clínico científico essencial para a formação de um bom profissional, algo que muitas vezes é inviável em outras instituições (outros modos de formação)” (E4)

“Esta modalidade de formação permite ao profissional em treinamento a aquisição de conhecimentos e habilidades que nenhum outro curso de pós-graduação disponibiliza ao aluno [...] permite ao profissional a experiência de campo além da carga horária ser elevada quando em comparação com os demais cursos de pós-graduação” (E7)

“Não vejo outro meio na saúde de aliar teoria e prática no ensino aos profissionais da saúde em formação, a residência prepara o profissional a enfrentar as adversidades do dia a dia no campo de trabalho” (E9)

A especialização nos moldes de residência prevê que o profissional de saúde possa unir a teoria de uma área específica, cada vez mais embasada em fundamentos científicos, aquilo que se apreende e vivencia na prática do serviço em que se

encontra, por meio de treinamento contínuo na assistência supervisionada ao paciente (Magnabosco, Haddad, Vannuchi, Rossaneis, & Silva, 2015). Ademais, essa prática é marcada pela aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais, marcantes no desenvolvimento do profissionalismo. É uma exposição a situações apropriadas à formação, que não sejam artificiais tampouco artificializadas, mas que representem momentos do dia-a-dia profissional pensados para serem didáticos (Barbeiro, Miranda & Souza, 2010).

No caso da especialidade de Enfermagem em Neurocirurgia, os profissionais relatam que o programa foi muito positivo para o seu processo de formação, ao mesmo tempo que percebem não haver outro modo de se aprender esta especialidade senão por treinamento em serviço, como descrito nos relatos a seguir:

“Esse tipo de habilidades para a prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade que preencha as necessidades dos pacientes, só pode ser adquirida em um processo como o da residência” (E1)

“Favoreceu o aprimoramento de técnicas necessárias ao enfermeiro e o melhor ponto, senso crítico para identificar a necessidade de intervenções no paciente neurocirúrgico, sinto-me uma profissional qualificada e segura em minhas atividades devido o programa de Enfermagem em Neurocirurgia” (E4)

“A Residência de Enfermagem em Neurocirurgia, promove a formação de um especialista capaz de desenvolver e executar programas de assistência, ensino e pesquisa nas áreas de abrangência da Enfermagem em Neurocirurgia, possibilitando a esses pacientes uma enfermagem segura, que detêm habilidades técnicas e científicas que só serão possíveis durante o treinamento em serviço ou seja a residência” (E9)

Neste sentido, Koizumi & Dicini (2006) defendem que não há na área da enfermagem modalidade melhor que a residência em neurociências para o preparo do enfermeiro, visto que permite uma formação generalista e, ao mesmo tempo, altamente especialista. O generalismo é assumido sob a ótica de que as disfunções do sistema nervoso (SN) que afetam o indivíduo, de uma forma global, estão presentes em inúmeras situações clínicas, e ao mesmo tempo, especializada, pois exige do enfermeiro conhecimento específico que o habilita para diagnóstico e manejo dos indivíduos com distúrbios do SN.

Diversos autores (Assad & Viana, 2005; Barbeiros et al, 2010; Carbogim et al, 2010; Figueiredo & Aguiar, 2005; Nascimento & Oliveira, 2006) discorrem sobre a importância e a necessidade de haver integração entre teoria e prática para a efetiva formação de profissionais agentes transformadores da realidade, assumindo o ambiente de trabalho como laboratório de aprendizagem, provendo-o de infraestrutura para partilhar, construir e divulgar o conhecimento profissional. A Residência em Enfermagem é pensada no sentido de capacitar o enfermeiro, nos moldes de treinamento em serviço e propiciar uma qualificação acadêmica não desvinculada da prática. A isso, soma-se uma carga horária que permite contato direto e constante com novas experiências, o que a diferencia de outras formas de especialização.

Como nos trazem diversos autores (Assad & Viana, 2005; Carbogim et al, 2010; Nascimento & Oliveira, 2006; Rosa & Lopes, 2010), os Cursos de Pós-Graduação *latu sensu* nos Moldes de Residência são estratégias na transformação da realidade por meio da formação de profissionais críticos e reflexivos. Partindo do entendimento que o enfermeiro não constrói conhecimentos somente por meio de estudos acadêmicos, mas também o estrutura através do seu dia-a-dia no trabalho, a partir da realidade. E que através da experiência, o profissional constrói o seu conhecimento, tendo a experiência adquirida na prática como completa à formação, visto que é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde. Entendemos que o processo de formação deve ser então, articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre a teoria e prática e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um olhar crítico e reflexivo que subsidie a transformação das práticas, pautado na resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Alguns estudos apontam (Carbogim et al, 2010; Magnabosco et al, 2015; Pinheiro & Zeitoune, 2011,) que a residência como um “rito de passagem” para o profissional recém-graduado; a dupla-identidade obtida — como aluno de pós-graduação em enfermagem, no que tange ao eixo teórico, e de profissional de enfermagem, quando atua no eixo prático (treinamento em serviço), promove a inserção sutil deste sujeito na dinâmica profissional por meio de uma transição amena entre o mundo universitário e a realidade profissional, permitindo a aquisição de maior segurança profissional, sendo também constatado em alguns relatos:

“A residência de enfermagem me deu todo o conhecimento e segurança para que hoje eu possa exercer minha profissão. Foi uma experiência muito positiva” (E2)

“Havia acabado de me graduar enfermeira, não possuía grandes experiências profissionais. No decorrer do período da residência pude desenvolver minhas habilidades profissionais” (E6)

“Super importante para entrada do profissional recém-formado no mercado de trabalho, (pois) trabalhar com saúde, risco de morte e necessidades básicas de vida não se aprende apenas em 5 anos. É preciso muita capacitação e cuidado para esta iniciação e a residência é uma ótima oportunidade de treinamento e qualificação” (E8)

“Cheguei em Brasília para assumir a residência e comigo trouxe medo do novo, [...] a neurocirurgia foi um ambiente que me acolheu e me preparou para o mercado de trabalho e para a vida” (E9)

3.2 A residência e a inserção no mercado de trabalho

Na perspectiva dos egressos, a residência de enfermagem favorece positivamente a inserção de enfermeiros especialistas formados nesta modalidade no mercado de trabalho. A residência prepara um especialista com treinamento diferenciado que se destaca quando é emergido no mercado de trabalho, sendo sumariamente valorizados

pelo mercado privado.

“os profissionais especialistas na modalidade residência são vistos como preparados para o mercado de trabalho, na hora de escolher entre um profissional ou outro, a residência faz diferença positiva para quem tem.” (E1)

“o mercado privado de saúde vai ao encontro destes profissionais de modo que aqueles que não prestam serviços na rede pública acabam sendo inseridos facilmente no mercado privado.” (E7)

Estas falas assemelham-se as conclusões de estudos realizados nas cidades de Londrina e São Paulo ao analisarem os egressos de cursos de residência em Enfermagem. Há relatos de que as turmas concludentes dos cursos foram imediatamente inseridas no mercado de trabalho em boas colocações. Devendo-se estes resultados ao desenvolvimento de habilidades teóricas e práticas realizadas durante a residência (Barros & Michel, 2000; Magnabosco et al, 2015).

Os egressos expressam que a residência foi um diferencial para o currículo do enfermeiro, de modo a suprir as altas exigências do mercado de trabalho, cada vez mais exigente.

“A residência de enfermagem pesa muito na análise curricular, pois se sabe que são profissionais que possuem um conhecimento diferenciado dos outros” (E2)

“O currículo do profissional que possui uma residência é diferenciado” (E3)

“Cada vez o mercado exige profissionais mais qualificados e preparados para gerenciar a assistência de enfermagem e isso é fruto do egresso desta modalidade de formação.” (E7)

“A residência traz um preparo diferenciado para o mercado de trabalho, muitas instituições de saúde já consideram como tempo de experiência profissional o período da residência.” (E9)

O mercado de trabalho atual, cada vez mais competitivo e com avançado desenvolvimento tecnológico, exige maior especialização por parte dos profissionais, sendo a residência uma estratégia efetiva por proporcionar ao sujeito aprendizado significativo por meio de um rígido esquema de treinamento em serviço que visa colocar no mercado de trabalho enfermeiros realmente preparados para vida profissional (Pinheiro & Zeitoune, 2011).

3.3 Participação do residente na dinâmica assistencial

A atuação do residente de enfermagem dentro da unidade hospitalar é sempre vista com bons olhos, sendo considerada muito importante para a dinâmica assistencial por todos os egressos. A presença dos residentes na unidade gera uma atmosfera “competitiva”, estimulando os enfermeiros do setor a se manterem também atualizados, bem como oferece segurança para equipe técnica durante o treinamento em serviço.

“a existência de um programa de residência em qualquer setor estimula a busca de conhecimento teórico por todos os profissionais envolvidos na assistência, o

que confere ao paciente um cuidado mais fundamentado, mais específico, mais concreto” (E5)

“A presença de residentes de enfermagem em neurocirurgia criava uma dinâmica na clínica onde o conhecimento era sempre renovado” (E8)

“Os enfermeiros assistências e técnicos de enfermagem participavam das aulas dos residentes, para assim obterem mais conhecimentos a cerca dos temas relacionados a neurocirurgia” (E9)

O programa de residência em um ambiente hospitalar, em outro estudo, comprovou provocar inquietação nos enfermeiros assistenciais que passam a sentir-se “instigados”, “questionados” ou até “humilhados” em seus saberes e práticas profissionais, apesar disso, procuraram diferentes “saídas” frente aos desafios impostos. A busca pela atualização e o desassossego frente aos eventos do dia-a-dia fizeram-se necessário para que esses enfermeiros alcançassem o “nível intelectual” dos residentes atuantes em suas unidades. Esse movimento individual, porém, coletivo, fez parte de um processo dinâmico e totalizante que provocou transformação a nível institucional, evidenciando um salto de qualidade, não somente no processo estudo/trabalho dos residentes como também na dinâmica do cotidiano hospitalar. A Residência foi a grande responsável pela evolução do conhecimento dos enfermeiros do campo, fato que se reflete na melhor qualidade de assistência ao paciente (Lopes & Moura, 2004).

A REN promovia cursos, treinamentos e até mesmo jornadas relacionadas à assistência ao paciente neurocirúrgico; bem como outros assuntos pertinentes e necessários para a atualização do conhecimento dos residentes e da equipe de enfermagem. Outros relatos apontam uma extensa carga horária de saberes teóricos e práticos, em muitos casos com dedicação exclusiva a esta atividade, no caso as residências, o que promove aprendizado diário destes profissionais (Martins et al, 2016).

O público-alvo não se restringia apenas aos residentes de enfermagem e a equipe de enfermagem na unidade de neurocirurgia, quando necessário ou solicitado, o treinamento era estendido também para residentes de outras especialidades, e no caso das jornadas, se dava espaço principalmente para acadêmicos de enfermagem, no intuito de sensibilizar e divulgar a especialidade tão pouco vista nos cursos de graduação. Conforme descrito abaixo:

“Contribuímos muito para capacitação dos profissionais no hospital [...] Um profissional ícone em neurocirurgia é fundamental até para os setores que menos imaginamos [...] a residência de enfermagem em neurocirurgia é a única que tinha aulas conciliadas com a residência médica e realizou duas jornadas e cursos de iniciação aos residentes recém chegados ao hospital sobre aspectos da enfermagem relacionados ao paciente neurocirúrgico, além de palestras e treinamentos a todos os profissionais do hospital” (E8)

“O residente de enfermagem é reconhecido e considerado uma referência e ícone pela equipe de enfermagem, estimulando uma cultura de segurança para a

assistência prestada pela equipe, sendo espelho para estes profissionais que sabem que aquele profissional está em formação e obtém a todo momento conhecimentos atualizados relacionados a todos os aspectos da assistência especializada, como exemplificado a seguir: “a equipe técnica de enfermagem tinha segurança nos residentes, pois sabia que eles estavam em constante aprendizado e pesquisa” (E4)

A experiência da REN é semelhante aos achados do estudo de São Paulo, visto que a dedicação e compromisso dos residentes, foram identificados como contribuintes efetivos à mudança de comportamento das demais profissionais de Enfermagem em relação ao trabalho ali desenvolvido, tornando-se a residência um marco em termos de qualidades da assistência de enfermagem prestada no hospital (Barros & Michel, 2000). Outros autores, confirmam estes achados ao ampliarem as possibilidades de qualificação profissional também para o serviço e para os profissionais que ali trabalham, por incentivar a contínua reflexão sobre a realidade vivida e as possibilidades e limites para transformá-la (Nascimento & Oliveira, 2006), promovendo formação de profissionais competentes e com senso crítico.

4 | CONCLUSÕES

A Residência em Enfermagem foi majoritariamente identificada como uma modalidade de ensino que proporciona uma extensa formação teórica e prática, que favorece um aprofundamento e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades clínicas não vistas em outros cursos de pós-graduação. Proporciona uma alta carga prática, que suscita uma busca constante de aprendizagem e respostas aos desafios impostos no dia-a-dia do serviço, o tornando cada vez mais qualificado. Além disto, permite uma formação especialista visto a complexidade das demandas dos quadros clínicos dos pacientes, mas com o alto teor generalista ao se considerar a inserção na rotina diária do enfermeiro, no cenário prático.

A oportunidade proporcionada pela residência, em se ter uma postura reflexiva diante do cotidiano prático, estimula o residente a perceber a necessidade da instituição e dos profissionais, tanto no âmbito da gestão como de assistência, aprimorando o olhar para essas duas vertentes. O que o torna um profissional diferenciado no mercado de trabalho e propulsor de uma enfermagem mais científica e melhor qualificada para atender a complexidade dos serviços de saúde. Além de influenciar positivamente os profissionais dos serviços, que se veem desafiados a se superarem, cada vez mais.

O vislumbre das percepções e vivências desta experiência, tão riquíssima e importante para o desenvolvimento de uma Enfermagem mais técnico-científica e melhor preparada para os desafios da profissão, só foi possível visto a imperatividade da pesquisa qualitativa no aprofundamento do estudo de um fenômeno social. Neste caso, adentrar no campo deste estudo nos permitiu ter uma amplitude da prática da residência em Enfermagem no cenário brasileiro, de modo a reconhecer esta modalidade de ensino como uma excelente ferramenta para qualificação de

profissionais à atenção a saúde. Deste modo, os achados aqui explicitados nos conduz a sugerir a destinação de mais recursos para criação e manutenção de programas de residência em enfermagem, mediante o levante das necessidades epidemiológicas locais, sem excluir o incentivo aos programas multiprofissionais. Com isso, acredita-se contribuir para o crescimento profissional e melhorar os indicadores de saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ASSAD, Luciana Guimarães; VIANA, Lídia de Oliveira. **Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial.** Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 58, n. 5, p.586-591, out. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672005000500016>.

BARBEIRO, Fernanda Morena dos Santos; MIRANDA, Letícia Valladão; SOUZA, Sônia Regina. ENFERMEIRO PRECEPTOR E RESIDENTE DE ENFERMAGEM: A INTERAÇÃO NO CENÁRIO DA PRÁTICA. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p.1080-1087, jul/set. 2010. Bimestral. ISSN 2175-5361. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/Resumenes/Resumen_505750832008_1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa (PO): Ed. 70; 2009.

BARROS, Alba Lucia Botura Leite de; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. **Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola.** Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.], v. 8, n. 1, p.5-11, jan. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692000000100002>.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Regulamento dos programas de residências em área profissional da saúde:** modalidade multiprofissional e uniprofissional da Escola Superior de Ciências da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº74, de 29 de abril de 2015. Publicado no diário oficial do Distrito Federal nº83, de 30 de abril de 2015. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/arquivos/cpex/Portaria74RegProgramasResidenciasProfissaSaude.pdf> Acesso em 15/10/2015.

CANABARRO, Janaína Lunardi; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de; TERRA, Marlene Gomes. **A INSERÇÃO DOS PROFISSIONAIS INTEGRANTES DAS RESIDENCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA.** Revista Sociais e Humanas, [s.l.], v. 29, n. 3, p.121-8, 10 fev. 2017. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2317175824168>.

CARBOGIM, FC; SANTOS, KB; ALVES, MS; SILVA, GA. **Residência em Enfermagem: A experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes.** Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, abr./jun. 2010.

Conselho Federal de Enfermagem (2011). **Resolução COFEN 389/2011.** Atualiza, no “âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. Brasília, 2011. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3892011_8036.html. Acesso em 15/10/2015.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 259/2001.** Estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiros Especialistas. Brasília, 2001. Disponível em www.cofen.gov.br/redoluo-cofen-2592001_4297.html. Acesso em 15/10/2015.

Figueiredo, NMA; Aguiar, GBC. **O impacto do curso de especialização nos moldes de residência em enfermagem.** Revista Enfermería Global, n.6, maio 2005.

Koizumi, M.S & Diccini, S (2006). **Enfermagem em Neurociência: Fundamentos para a prática clínica**. São Paulo: Editora Atheneu.

Lopes, GT; Moura, CFS. **O impacto da residência de enfermagem na reconfiguração do perfil do enfermeiro assistencial: 1975-2000**. Esc Anna Nery R Enferm 2004 abr; 8 (1): 39-45.

MAGNABOSCO, Gisele et al. **Opinião de egressos sobre o curso de residência em gerência dos serviços de enfermagem. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.73-80, 9 mar. 2015. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1suplp73>.

MARTINS, Gabriela del Mestre et al. **Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica**. Revista Gaúcha de Enfermagem, [s.l.], v. 37, n. 3, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.57046>.

MINETTO, R.C. **Residência em enfermagem do Hospital de Base do Distrito Federal: avaliação dos ex-residentes**. Revista Comunicação em Ciências da Saúde. 19(2):155-162. Brasília, 2008.

Nascimento, DDG; Oliveira, MAC. **A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: Considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. REME – Rev. Min. Enf.;10(4):435-439, out./dez., 2006.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de et al. **Segurança do paciente: conhecimento entre residentes multiprofissionais. Einstein (São Paulo)**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.50-57, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082017ao3871>.

Pinheiro, J; Zeitoune, RCG. **O trabalho dos residentes de enfermagem na perspectiva dos riscos ocupacionais**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, p. 225-232, abr./jun. 2011.

Rosa, SD; Lopes, RE. **Residência Multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: Apontamentos históricos**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/ fev. 2010.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AUDITORIA DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Werbeth Madeira Serejo

Enfermeiro do Hospital Geral de Monção. São Luís-MA

Hedriele Oliveira Gonçalves

Enfermeira do Home Care Lar e Saúde. São Luís-MA

Glaucya Maysa de Sousa Silva

Pós-graduanda em Enfermagem Dermatológica e Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e CME. São Luís-MA

Liane Silva Sousa

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia e Mestranda em Gestão em Saúde Pública. São Luís-MA

Raylena Pereira Gomes

Professora da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

Renato Douglas e Silva Souza

Enfermeiro do Hospital Universitário Presidente Dutra- HUUFMA e Professor da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

Jairon dos Santos Moraes

Instituto Florence de Ensino Superior. Departamento de Enfermagem. São Luís

Márcio Ferreira Araújo

Pós graduando em Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva e Enfermagem em Urgência e Emergência. São Luís-MA

RESUMO: Introdução: A palavra auditoria origina-se do latim “audire” que significa ouvir. No Brasil a auditoria em saúde surgiu

na década de 1970 para promover avaliação de cuidados. Na enfermagem a auditoria tem como função avaliação sistemática de qualidade da assistência sempre oferecida para os pacientes, permitindo melhorias na sua recuperação. A auditoria proporciona que os registros de enfermagem sejam desenvolvidos para promover acesso de uma assistência bem qualificada. O principal objetivo da auditoria é a qualidade da assistência com finalidade nos serviços de saúde. **Objetivo:** Foi avaliar por meio de dados científicos, a qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários hospitalares. **Métodos:** O estudo é descritiva e o método foi a revisão de literatura, utilizou-se dados científicos entre os anos de 2007 a 2015. **Resultados:** Encontraram-se aspectos que deixam de suceder uma auditoria de qualidade como: checagem de procedimentos; carimbos, condutas dos profissionais; assinaturas e dados dos pacientes, e também fatores que elevam uma auditoria de qualidade como: atenção; objetividade; competência; conhecimento e planejamento. **Conclusão:** Esta pesquisa possibilitou observar as competências do enfermeiro auditor para percorrer a auditoria de qualidade, promovendo serviços de saúde bem desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Auditoria em enfermagem; Enfermeiro auditor; Auditoria na saúde.

ABSTRACT: Introduction: The word audit comes from the Latin “audire” which means to listen. In Brazil, health auditing emerged in the 1970s to promote care assessment. In nursing, the audit has the function of systematic evaluation of the quality of care provided to patients, allowing improvements in their recovery. The audit provides that nursing records are developed to promote access to well-qualified care. The main objective of the audit is the quality of care with a purpose in health services. **Objective:** To evaluate, through scientific data, the quality of nursing records in hospital records. **Methods:** The study is descriptive and the method was the literature review, scientific data was used between the years 2007 to 2015. **Results:** We found aspects that cease to succeed a quality audit such as: checking procedures; stamps, professional conduits; signatures and patient data, and also factors that raise a quality audit such as: attention; objectivity; competence; knowledge and planning. **Conclusion:** This research made it possible to observe the competencies of the nurse auditor to conduct quality audits, promoting health services well developed by nursing professionals. **PALAVRAS-CHAVE:** Audit in nursing; Nurse auditor; Audit in health.

1 | INTRODUÇÃO

A palavra auditoria origina-se do latim “audire” que significa ouvir. Na área da saúde, a primeira auditoria foi realizada nos Estados Unidos pelo Médico George Gray Ward, que observou que os cuidados com os pacientes para a qualidade de assistência prestada era através dos prontuários com todos os registros de cuidados. No Brasil, a auditoria em saúde surgiu na década de 1970 para promover avaliação de cuidados. Na atualidade, o enfermeiro auditor tem o objetivo de fiscalização e avaliação de controle dos prontuários como instrumento de trabalho para promover melhorias nos cuidados da saúde da população (CLAUDINO et. al, 2013).

Segundo Dias et. al (2011), a auditoria na enfermagem tem como definição avaliação sistemática da qualidade de assistência à enfermagem no prontuário do paciente que possui a finalidade de identificar as deficiências dos serviços possibilitando a melhoria do cuidado de enfermagem.

A auditoria constitui um sistema de qualificação por meio de fiscalização nos serviços prestados pela equipe de enfermagem. Essa fiscalização é observada através dos registros nos prontuários que são avaliados para o controle da assistência, melhorando assim os problemas adquiridos pela falta de informação. Contudo os registros devem ser inseridos em prontuários através das anotações sobre as informações próprias dos pacientes. É necessário ressaltar que existem dois tipos de auditoria, a retrospectiva que é constituída após a alta do paciente por meios das informações nos prontuários como forma de avaliação da qualidade da assistência prestada. E a auditoria operacional que consiste na forma de gerenciamento no desempenho e responsabilidades oferecidas aos pacientes quando hospitalizados (SETZ; DINNOCCENZO, 2009).

A qualidade desses registros contribui para a melhoria dos serviços de enfermagem proporcionando assim a restauração da saúde e melhor condição de vida. A assistência prestada deve ter respaldo com segurança para o paciente e a equipe de enfermagem, refletindo o atendimento e tratamento durante a internação sendo também fonte de comunicação entre a equipe, e tudo deve ser relatado com clareza para melhor elaboração dos planos de cuidados. Assim os registros nos prontuários devem ser de importância para os profissionais, não deixando de lado a responsabilidade de anotações relacionadas aos pacientes para promover o trabalho da auditoria de enfermagem (SETZ, DINNOCENZO 2009).

O principal objetivo da auditoria para a enfermagem é a melhoria na qualidade da assistência para a comunidade, possibilitando os cuidados de enfermagem em observação de aspectos positivos com a finalidade de avaliar a qualidade dos serviços de saúde (DIAS et. al, 2011).

A auditoria de enfermagem atende as necessidades de saúde com o foco na assistência ao paciente, adequando nova possibilidade de mudança no atendimento da sua clientela, assim o enfermeiro auditor tem o papel de controle de avaliações diárias ao bom funcionamento da equipe para oferecer cuidado de enfermagem (DIAS et. al, 2011).

Na literatura abrange a importância de estudar auditoria em enfermagem para os processos de assistência oferecidos aos pacientes, sempre deixando claro o papel do enfermeiro na auditoria. A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) tem um papel em fundamentar os cuidados e assim será observado o que pode melhorar nos serviços oferecidos para a sociedade (BLANK; SANCHES; LEOPARDI, 2013).

É essencial ressaltar a autonomia do profissional enfermeiro auditor, considerando a responsabilidade no cuidar no atendimento de sua clientela, promovendo condições na qualidade assistencial em respeito às pessoas (BLANK; SANCHES; LEOPARDI, 2013).

Segundo a Resolução COFEN 266/2001 aprova as atividades do enfermeiro auditor. Segundo a Resolução COFEN 240/2000 aprova que sejam respeitadas pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Auditoria na enfermagem foi inserida nas instituições de saúde oferecendo a qualidade da assistência com propósito de avaliação das atividades de enfermagem através da verificação dos prontuários que oferece uma análise sobre a assistência prestada ao paciente, como incentivo à equipe proporcionando uma educação continuada. OS prontuários devem ser preenchidos corretamente para reflexo da assistência oferecida aos usuários para facilitar o trabalho da equipe de auditoria garantindo uma qualidade nos serviços de saúde e redução de riscos (MATIA et. al, 2015).

Prontuário é definido como documento único, com informações, sinais e imagens registradas do paciente e sua assistência, que possibilita a comunicação entre os profissionais. Para o paciente é uma identificação dentro do hospital, onde fica registrado

seu estado de saúde. Para a equipe de saúde é um meio de intercomunicação entre os diferentes profissionais para prestar uma assistência de qualidade e continuada, sendo assim é um respaldo ético e legal do profissional. Existem dois tipos de prontuários: papel que é escrito a caneta e o eletrônico que é online. A sistematização da assistência de enfermagem deverá ser escrita formalmente contendo todas as informações que são: histórico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução, relatório de enfermagem, devidamente assinados e carimbados pelo profissional. A SAE é atividade privativa do enfermeiro (POSSARI, 2007)

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, com abordagem descritiva, organizado por meio do método de revisão de literatura, modelo que proporcionou a inclusão das evidências de estudos sobre a auditoria do enfermeiro no prontuário, focando a prática de enfermagem como aparelho mediador para a qualidade da assistência oferecida ao paciente.

O levantamento de dados foi realizado pela internet nos seguintes bancos de dados da Scientific Electronic Library Online – SciELO e Library. Para levantamento dos artigos, foram utilizados os descritores “enfermagem”, “auditoria de enfermagem”, “qualidade da assistência na auditoria hospitalar”.

A amostragem totalizou 50 artigos dentre eles monografias, teses, desses apenas 16 publicações científicas foram utilizadas por trazerem resultados que respondiam aos objetivos propostos, e foi utilizado 4 literaturas, que correspondem à identificação da auditoria no prontuário, apontamento dos fatores determinantes que levam a qualidade ao paciente, apontamento sobre a relação dos profissionais de saúde e o paciente e a descrição da atuação do enfermeiro auditor nos cuidados de enfermagem. Houve também dentro das publicações Resoluções, Leis, Decretos e Decisão no contexto da auditoria favorecendo a importância do papel do enfermeiro auditor.

Os critérios utilizados para a seleção do material teórico foram: artigos completos publicados em português fabricados por estudantes e pesquisadores da área de enfermagem, publicados entre os anos de 2004 até 2015, disponíveis nas duas bases de dados e com disponibilidade pública. A coleta dos dados se deu entre o dia 10 a 28 de fevereiro de 2017. Atendendo os critérios, foram identificados 60 artigos no ambiente virtual da SciELO e no Library, dos quais 16 artigos foram selecionados, utilizou-se 4 literaturas. Já nas publicações que regulamenta o papel do enfermeiro auditor encontra-se: 3 Leis, 6 Resoluções, 3 Decretos e 1 Decisão. A análise qualitativa dos dados foi efetivada pelo emprego da análise da referida temática, passando pela seleção e organização do material e por fim, do tratamento dos dados.

Os critérios utilizados para exclusão foi à desclassificação dos textos que não eram de língua portuguesa, não eram estudos referentes à área de enfermagem e que

foram publicados anteriores ao ano de 2005, totalizando 34 artigos excluídos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados encontrados nessa pesquisa responderam aos objetivos traçados por trazer dados relevantes quanto aos aspectos qualidade e assistência para promover melhoria na saúde do paciente, demonstrando prevalência de uma boa conduta dos profissionais de saúde, assim irá facilitar o trabalho do enfermeiro auditor na execução de suas atividades, especificadamente, esses resultados presumem o quanto ainda tem-se a revelar quanto aos cuidados sobre a saúde dos pacientes, principalmente porque se observa nos estudos que os profissionais de saúde não preenchem os prontuários adequados, sempre deixando alguma informação faltar tipo: carimbo, assinaturas, checagem dos procedimentos, conduta de todos os profissionais e dados do paciente.

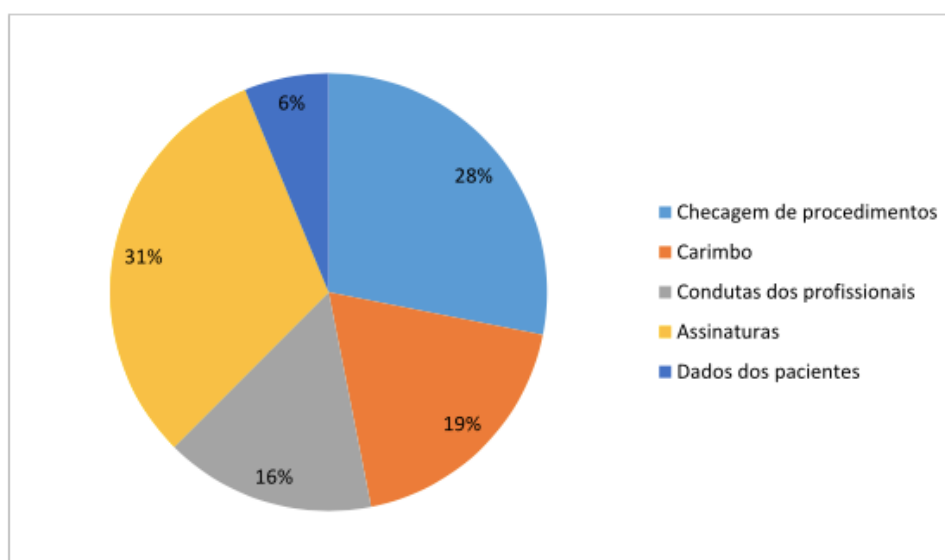


Gráfico 4 – Aspectos da qualidade e assistência que deixam de promover uma auditoria de sucesso, por falta de atenção dos profissionais de saúde.

Fonte: Os autores, 2019.

O gráfico 4 mostra-se que os profissionais de saúde deixa de conferir algumas informações no prontuário do paciente, para favorecer uma auditoria de qualidade, assim irá promover assistência holística aos pacientes, com isso observa-se que a maioria dos casos encontra as assinaturas com 31%, seguido com a checagem de procedimentos com 28%, em seguida falta de carimbo no prontuário por volta de 19%, além disso os profissionais esquecem das condutas que demonstra 16%, e enfim com menos dos casos, são os dados dos pacientes com 6%.

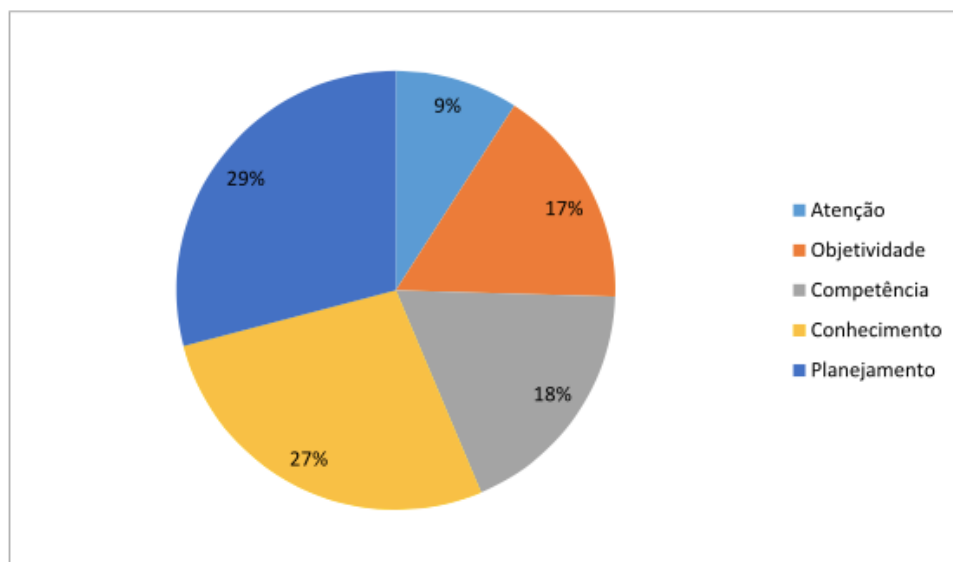


Gráfico 5 – Fatores que elevam uma auditoria de qualidade.

Fonte: Os autores, 2019.

Os estudos mostraram que para planejar e executar uma auditoria precisa de alguns critérios do profissional auditor, favorecendo algumas de suas habilidades como demonstra no gráfico que com 29% o profissional precisa planejar a melhoria do processo de assistência, seguido do conhecimento com 27% promovendo a execução da auditoria, a competência do auditor vem com 18%, o mesmo precisa ter a objetividade (17%) na execução da auditoria, por fim vem à atenção que proporciona 9% do estudo na decorrer do processo de auditoria.

Auditoria em enfermagem conceitua uma avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem, observada por meio das anotações de enfermagem nos prontuários dos pacientes, verificando o desenvolvimento de melhoras para adquirir um atendimento de serviço com condições de qualidade (WATANABE; KUBOTA; LIMA, 2009).

A qualidade dos serviços de enfermagem é supervisionada pela auditoria de enfermagem desenvolvida pelos prontuários nos seus atendimentos, seja retrospectiva ou operacional, para que sejam instrumentos de gerenciamentos para uma boa organização dos serviços de auditoria. As organizações de controle administrativos da qualidade dos serviços da saúde visa sempre melhor o atendimento aos pacientes (WATANABE; KUBOTA; LIMA, 2009).

A auditoria na enfermagem sempre vem adquirindo novas dimensões e mostrando a sua importância dentro de todo o setor hospitalar, para poder desenvolver aspectos de condições para o atendimento de sua clientela, para que não ocorra nenhum mau funcionamento com os pacientes, percebendo que os cuidados de enfermagem estão sendo executados com sua eficiência para uma boa recuperação dos seus clientes (WATANABE; KUBOTA; LIMA, 2009).

Na auditoria de enfermagem o objetivo principal é a melhoria da qualidade da

assistência que os estabelecimentos de saúde oferecem para a comunidade. Os processos de auditoria instalados executado dentro dos serviços de saúde iram trazer benefícios para os pacientes, para a equipe de enfermagem e também para um bom desempenho da profissão (FONSECA; ANTONELLO, 2014).

Segundo o Ministério de Saúde (2011), as finalidades de auditoria são:

Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde; Avaliar os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvios dos padrões estabelecidos; Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência à saúde; Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.

Os pacientes são beneficiados com os atendimentos recebidos de melhor qualidade de assistência, sendo ela sempre segura, através da capacidade do trabalho dos profissionais enfermeiros auditores, com o objetivo de promover a saúde de todas as pessoas que se encontram em uma unidade hospitalar, com isso serve para desenvolver e praticar a qualidade da assistência oferecida para os clientes (FONSECA; ANTONELLO, 2014).

A auditoria serve para planejar e organizar os serviços de saúde, todas as informações que serão passadas e observadas nas auditorias de enfermagem, busca-se melhorar os cuidados que funcionaram a fim de garantir resultados confiáveis de profissionais comprometidos em realização de promoção em saúde (FONSECA; ANTONELLO, 2014).

Sendo assim, a auditoria tem por finalidade avaliar o desenvolvimento de um processo, para adquirir a fim de promover a saúde dos pacientes com objetivo primordial favorecendo a assistência que será oferecida no futuro para os pacientes. A função da auditoria não é somente identificar falhas e sugestões, assim os enfermeiros auditores deveram desenvolver o seu trabalho com excelência e eficácia em um processo educativo para o gerenciamento da assistência em saúde (FONSECA; ANTONELLO, 2014).

O perfil do enfermeiro auditor precisa ter conhecimento técnico, saber ouvir e falar quando necessário, sempre em sigilo, descrição, autonomia e objetividade para desenvolver o seu trabalho de maneira mais eficiente e segura na sua equipe (BLANK; SANCHES; LEOPARDI, 2013).

O enfermeiro auditor deve ter conhecimento técnico e científico para desenvolver funções e atuar na sua profissão. Deve estar sempre acompanhando os estudos recentes, atualizados e comprovados, ter humildade de aprender e ensinar caso haja necessidade (WATANABE; KUBOTA; LIMA, 2009).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 2005, a Lei 7.498/86, em seu artigo 11, reconhece a função do enfermeiro auditor. O enfermeiro exerce

todas de enfermagem como: organização, planejamento, avaliação dos serviços de enfermagem, auditoria em enfermagem, entre outros.

Quanto à anotação de enfermagem, a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 em seu Art. 14(10), ressalta a incumbência a todo pessoal de enfermagem da necessidade de anotar no prontuário do paciente todas as atividades da assistência de enfermagem, devendo organizar os documentos referentes ao paciente em relação a enfermagem (MATIA et. al, 2015).

A Resolução COFEN 266/2001 aprova as atividades do enfermeiro auditor como administrador da área da saúde, para organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de enfermagem.

O Enfermeiro Auditor dentro da unidade hospitalar deve inicialmente realizar análise de prontuário, objetivando se está devidamente preenchido e completo nos campos médicos tanto quanto os da enfermagem, como: registro diário de prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, história clínica, checagem de serviços, entre outros (ABRAHÃO, 2013).

A auditoria de enfermagem é o processo que avalia as atividades dessa área e não restringe o papel do enfermeiro auditor, já que pode atuar nas mais diversas áreas da auditoria quando integrar uma equipe de Auditoria em Saúde, como define a Resolução nº 266/01 do COFEN.

Auditoria em enfermagem são auditores que no exercício da função tem como principal objetivo realizar vistorias nos prontuários dos pacientes, de acordo com os relatórios das auditorias é observado o que se pode melhorar no que se refere a atendimento, para isso a equipe de enfermagem sempre deve anotar nos prontuários o que administrou nos pacientes para estabelecer melhorias no trabalho da auditoria de enfermagem (BLANCK; SANCHES; LEOPARDI, 2013).

A auditoria tem por finalidade a identificação das áreas deficientes no serviço de enfermagem, relacionadas à assistência prestada, fornecendo dados que visam à melhoria de programas e da qualidade dos cuidados de enfermagem. Além disso, obtém dados para a realização de programas de reciclagem e atualização de enfermagem (WATANABE; KUBOTA; LIMA, 2009, p.6).

A atuação de enfermagem vem tomando novas dimensões, ao longo dos anos, e mostrando sua importância nas unidades hospitalares. O enfermeiro auditor nas unidades de saúde deve desenvolver o seu papel tornando o trabalho com senso crítico, explorando o que tem mais de relevante na auditoria, ou seja, as falhas encontradas que serão absorvidas para melhorar no atendimento dos clientes, que iram ajudar no desenvolvimento da auditoria todo o processo de execução (PEREIRA et. al, 2010).

4 | CONCLUSÃO

O objetivo da pesquisa foi identificar os aspectos na atuação do enfermeiro auditor em suas atividades. No contexto estudado, a finalidade da auditoria foi compreender

a qualidade da assistência oferecida aos pacientes através dos profissionais de enfermagem.

Constatou-se que a maioria dos artigos enfatiza a importância da qualidade, juntamente com uma equipe de enfermagem para orientar, cuidar e promover a saúde dos pacientes.

Quanto à atuação do enfermeiro ele é habilitado para atuar como auditor na equipe de enfermagem, sempre abordando a qualidade do cuidado que será oferecida aos pacientes com relações de melhorias para a sua recuperação.

É válido destacar que frente a esta realidade o papel do enfermeiro é importante no processo de auditoria para analisar, controlar, avaliar os serviços de enfermagem.

Portanto, a relevância da Enfermagem nesse contexto está na identificação das ações para minimização nos impactos que deixam de executar uma auditoria de bom desenvolvimento para os enfermeiros auditores. A busca de um olhar holístico do enfermeiro sobre o paciente por meio de auditoria ajuda no processo de qualidade de assistência oferecida aos pacientes.

REFERÊNCIAS

Abrahão CMM, Aguiar V. A importância da auditoria em enfermagem frente à qualidade assistencial no âmbito hospitalar público. Brasília- DF, 2013.

Brasil. Ministério de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Auditoria do SUS: Orientações Básicas. Brasília- DF, 2011.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 05 de mar 2019.

Brasil. Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 08 de mar 2019.

Brasil. Resolução COFEN 266-2001, de 05 de outubro de 2001. Aprova atividade de enfermeiro auditor {internet}. 2011. Disponível em <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-26620014303.html>. Acesso em: 08 mar 2019.

Brasil. Resolução COFEN 240-2000, de 30 de agosto de 2000. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providencias {internet}. 2000. Disponível em http://novopontportalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pelaresoluo-cofen-3112007_4280.html. Acesso em: 10 mar 2019.

Blank CY, Sanches EN, Leopardi MT. A prática do enfermeiro auditor na região do vale do itajai. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2013 jan/mar;15(1):233-42. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15082>.doi:10.5216/ree.v15i1.15082.

Claudino HG, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013jul/set;21(3):397402.

Dias TCL, Santos JLG, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. Rev. Bras.Enferm, Brasília 2011set-out, 64(5):931-7.

Fonseca MRA, Antonello FC. Auditoria e qualidade da assistência de enfermagem: o elo necessário. Revista Intellectus, 2014.

Matia G, Possilli GE, Emery EEO, Castanho PM. Auditoria de enfermagem como ferramenta para a melhoria da qualidade da assistência. www.convibra.org. Convibra 2015.

Pereira PM, Petry P, Porto AR, Thofehrn MB. A importância do enfermeiro auditor na qualificação da assistência profissional. Rev. Enferm. UFPE on line. 2010 abr./jun.;2(4):504-09.

Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. Editora Érica Ltda. 2ª edição; São Paulo: látria; 2007..

Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. Acta Paul. Enferm. 2009; 22(3):313-7.

Watanabe CYC, Kubota DY, Lima KT. Auditoria em enfermagem: importância no processo sistemático do atendimento. LINS- SP, 2009.

O PERFIL DO ENFERMEIRO FRENTE A MULTIDISCIPLINARIDADE EM ONCOGERIATRIA

Ciro Félix Oneti

Mestrando pela UEA, enfermeiro pela EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

Raquel De Souza Praia

Oficial de saúde do corpo de bombeiros militar do Amazonas, mestrado em Gerontologia pela UFSM; integrante do projeto Prevenção de doenças Ocupacionais e de Articulações acometidas nos combatentes do CBMAM.

Inez Siqueira Santiago Neta

Enfermeira pela EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

Andréa Rebouças Mortágua

Fisioterapeuta do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), especialista em Neurofuncional.

Michelle Silva Costa

Assistente Social do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Especialista em Política Pública de Atenção a Família.

Euler Esteves Ribeiro

Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

Ednéa Aguiar Maia Ribeiro

Co-orientadora do projeto Saúde em Casa UNATI/UEA, médica, doutorado em Ciências da Atividade Física e Desporte.

Juliana Maria Brandão Ozores

Chefe da equipe multidisciplinar do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), médica ginecologista/obstetrícia.

Priscila Lyra Mesquita

Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; educadora Física, Secretaria de Educação do Estado de São Paulo.

Arthenize Riame Praia G.C. Araújo

10 Enfermeira pela Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Téc. Enfermagem da EBSERH/HUGV-AM.

RESUMO: Alterações marcantes no perfil da sociedade requerem alterações no Sistema Único de Saúde para garantir um serviço mais adequado aos requisitos da população, inclusive os idosos portadores de neoplasias. Este artigo tem por objetivo elucidar a importância do profissional de enfermagem dentro da equipe multidisciplinar. O estudo foi composto através de uma revisão bibliográfica. Resultados: Com a criação da estratégia de atendimentos através das equipes multidisciplinares, o paciente passou a ser mais beneficiado por receber uma assistência integral, holística, e muitas vezes, em seu próprio domicílio. Discussão: Dentro desta equipe, o enfermeiro desempenha atividades indispensáveis para obter o sucesso do tratamento. Em sua posição de alta proximidade com o paciente e a família ele se torna apto para fornecer uma boa assistência pautada em confiança e abrangência de

todos os aspectos necessários para o cuidado de qualidade com o apoio dos outros profissionais de saúde que compõem a equipe.

PALAVRAS-CHAVE: oncogeriatría, assistência de enfermagem, multidisciplinaridade.

ABSTRACT: Important changes in the society's profile request changes in the Health Unique System, (SUS in Portuguese), to ensure a service more adequate at the population's needs, including the old people with cancer. This article have the objective of explain the importance of the nurses professionals inside the multidisciplinary team. This report was created through a bibliographic revision. Results: with the creation of the strategy of care through multidisciplinary team, the patient is receiving an integral assistance, holistic, and often, in his house. Discussion: inside this team, the nurse realize important activities to promote a successful treatment. In his position of proximity with the patient and the patient's family, the nurse became ready to give a good assistance guided by trust and coverage of all aspects required for the care full of quality, with others health professionals in the team.

KEYWORDS: oncogeriatry, nursing care, multidisciplinary.

INTRODUÇÃO

Em um país onde as políticas sociais estão cada vez mais aprofundadas nas necessidades de seus indivíduos, percebe-se que as mesmas adquirem mais competência para se ajustar às necessidades dos usuários e potencialidades dos prestadores de cuidados. O público receptor reconhece estas mudanças como positivas e deseja vê-las ampliadas para que estejam recebendo a assistência mais eficiente possível. Tais mudanças propiciam avanços no atendimento humanizado e holístico ao público em geral, inclusive ao usuário idoso portador de patologia oncológica (VAITSMAN et al, 2013).

Felizmente, a prática da multidisciplinaridade está cada vez mais presente no serviço disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, o SUS, para a população brasileira, sendo que o ideal é propiciar a todos os cidadãos o acesso a este serviço. Uma equipe composta por médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, nutricionista, educador físico e assistente social está cada vez mais acessível ao paciente (GIGLIO et al, 2012). E também há, em certos casos, a visita, consulta e acompanhamento domiciliar, o que é muito frequente em casos como o de pacientes que requerem cuidados paliativos (GARCIA, 2004).

A multidisciplinaridade em Saúde Coletiva é bastante desenvolvida e pode incluir mais profissionais do que os das categorias acima citadas. Pode abranger até mesmo a economia, direito, sociologia, etc. tamanho esforço conjunto resulta em grandes avanços na qualidade da assistência. Diversos pontos de vista convergem no intuito de trazer ganhos reais em padrões de cuidados para todos (VAITSMAN et al, 2013).

O envelhecimento é consequência natural da vida e ao mesmo tempo uma

preocupação da humanidade há muitos milênios. A possibilidade de ser funcionalmente incapacitado tem causado grande angústia aos seres humanos. Contudo, a partir do século XX ocorreram avanços no campo da gerontologia e geriatria voltados a pacientes oncogeriátricos, um público que segundo as estatísticas tem crescido bastante, inclusive no Brasil, e que requer uma atenção diferenciada (FREITAS et al, 2006).

O enfermeiro pode encontrar apoio para estabelecer suas competências no exercício de suas funções no âmbito da gerontologia. Embasando-se nas teorias do envelhecimento fica mais viável a elaboração de diagnósticos de enfermagem que melhor se adequem às demandas apresentadas pelo paciente (FREITAS et al, 2006).

O enfermeiro desempenha um grande papel dentro da estratégia multidisciplinar do cuidado para com o idoso, pois é ele quem mais dedica atenção ao paciente. E age com o intuito de proporcionar ao ser humano um estado biopsicosocioespiritual que favoreça a ação terapêutica natural endógena em parceria com os recursos tecnológicos. Sua proximidade representa um suporte essencial ao paciente e também proporciona o fornecimento de informações úteis aos demais membros da equipe de cuidado, tendo em vista que suas articulações funcionam de maneira eficiente.

OBJETIVOS

1. Contribuir com a geração e divulgação do conhecimento em saúde acerca do cuidado ao paciente oncogeriátrico, evidenciando e salientando a importância de uma equipe de saúde com amplitude profissional, em especial, o enfermeiro, que tem um papel de destaque.

2. Refletir sobre o quanto esta organização coletiva de profissionais influencia positivamente sobre a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo. Tudo isto é possível por causa da mescla de saberes, conhecimentos, percepções e experiências que são pertinentes a cada uma das profissões do ramo da saúde.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica, selecionou-se material relacionado ao desenvolvimento do trabalho do enfermeiro junto ao paciente oncogeriátrico, ampliando informações, mobilizando recursos na perspectiva de garantir direito, qualidade e humanização do atendimento.

RESULTADOS

1 | Conceituando os termos

Existem termos que reforçam a ideia de adição e interação – multi, trans, inter e pluridisciplinaridade – fortalecendo o fenômeno de agregação de diferentes áreas do saber. Os termos multi e pluri demonstram a visão multiangular de um mesmo alvo e referem-se a duas ou mais disciplinas que estejam trabalhando em coesão. Neste tipo de associação as disciplinas não têm a necessidade de modificar de forma extrema a sua maneira de compreender os fatos. Portanto a pluridisciplinaridade existe há muito tempo, já que os estudos e as práticas dependem de variados conhecimentos. A trans e a interdisciplinaridade envolvem uma intercomunicação tão intensa que acaba afetando os conceitos mais centrais e específicos de cada disciplina para que a visão do fato analisado seja uniformizada por diversos profissionais (ROCHA, 2005).

Demos maior destaque neste estudo para a estratégia de trabalho multi/pluridisciplinar do enfermeiro que o insere no contato com outros profissionais e ao longo do texto serão apresentadas as inúmeras vantagens dessa formação agregadora de conhecimentos, porém sem interposições ou modificações de características intrínsecas das diferentes disciplinas que compõe o quadro de assistência em saúde para a população brasileira. A trans/interdisciplinaridade também tem seus pontos positivos, mas não será abordada neste trabalho.

2 | O posicionamento do enfermeiro

Por ser uma profissão histórica e socialmente determinada, que atua em variadas questões da expressão social, a enfermagem desenvolve sua intervenção pautado no código de ética da profissão e em consonância com os princípios do SUS para aprimorar a atenção em saúde em todos os seus níveis (HESBEEN, 2003).

O enfermeiro vem há muito tempo empenhando-se na tentativa de fornecer o melhor atendimento possível aos seus pacientes/clientes. A articulação do mesmo com outras categorias profissionais foi algo excelente e muito útil que veio para permitir um avanço na amplitude da prestação de cuidados aos enfermos que recorrem aos serviços de cuidados do SUS. Apesar de ainda não ser um objetivo fácil de se alcançar, a experiência prática permite a coleta de dados junto à comunidade, sendo esta uma brilhante estratégia formadora de *feedback* que visa assegurar uma melhoria contínua para a comunidade. Ocorre também uma ampliação da consciência do trabalho conjunto entre várias vertentes profissionais da saúde, que mutuamente se tornam conscientes da importância que possuem e passam então a se articular cada vez mais harmonicamente em torno de seu objetivo de promoção da saúde em sua comunidade (SHIMIZU; GUITIERREZ, 1997).

Os enfermeiros são, dentre os membros da equipe multidisciplinar, os profissionais que estão mais próximos dos pacientes e de seus familiares. Portanto são os que mais

conhecem sobre suas expectativas e dificuldades, além de estar em uma posição mais facilitadora para fornecer todo o suporte emocional e informações que sejam requisitadas. Infelizmente nem sempre o enfermeiro está apto a enfrentar situações emocionalmente desgastantes como o cuidado ao paciente oncológico, alguns destes podendo apenas ser receptores de cuidados paliativos. Tal situação reforça a importância de estar envolvido em um contexto de prestação de cuidados conjunto, pois possibilita o diálogo e outras estratégias que possam atenuar o sofrimento psicológico experimentado em circunstâncias que envolvem o cuidado ao paciente de poucas possibilidades terapêuticas, muito comum na geriatria (SHIMIZU; GUITIERREZ, 1997).

3 | Atuação dentro da equipe multidisciplinar

A equipe multiprofissional realiza em seus pacientes uma ampla análise durante o exame. O idoso portador de câncer passa por avaliações que contemplam aspectos como: nutrição, polifármacia, comorbidades, nível sócio-econômico, presença de síndromes geriátricas e a sua funcionalidade para realizar atividades. O enfermeiro pode durante a coleta da história clínica, utilizar instrumentos validados cientificamente para aferir com exatidão informações gerais sobre seu paciente idoso oncológico (GIGLIO et al, 2012).

Ao avaliar a funcionalidade do idoso, podem ser empregadas as escalas de Lawton, para as atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e a escala de Katz, para averiguar a capacidade de desempenho das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Examinar tais aspectos é algo que deve ocorrer em consonância com o respeito à autodeterminação da pessoa idosa em se submeter ou não a qualquer tipo de tratamento oncológico (GIGLIO et al, 2012).

A ocorrência de comorbidades não é uma regra, mas está bastante associada com o envelhecimento, sendo comum encontrar pessoas acima dos 65 anos de idade portando duas ou mais patologias crônicas simultaneamente. Para este aspecto a equipe multidisciplinar pode recorrer a dois instrumentos analíticos muito acurados. São eles a *Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric* (CIRS-G) e a Escala de Comorbidades de Charlson. A primeira avalia as disfunções em seis sistemas orgânicos (gastrointestinal, cardiorrespiratório, psiconeurológico, musculoesquelético, genitourinário e endocrinológico) em uma escala de 0 a 4 pontos. A segunda considera a quantidade e a intensidade das comorbidades, podendo demonstrar o risco preditivo de mortalidade em um ano (GIGLIO et al, 2012).

O aspecto socioeconômico também precisa ser averiguado durante a entrevista, tendo em vista que este fator exerce uma grande influência na aderência ao tratamento. Com a idade, o declínio fisiológico também propicia uma redução na capacidade de ser um indivíduo produtivo. Ocorre a interrupção do trabalho e a transição para a aposentadoria. Alguns indivíduos em boas condições de saúde podem optar por continuar a realizar suas funções laborais durante mais alguns anos. Muitas vezes

o valor da aposentadoria é insuficiente para custear o tratamento e fornecer o apoio necessário para as despesas cotidianas (ELIOPOULOS, 2014).

O item anterior também pode ser estendido para dar lugar a avaliação da espiritualidade também, que será bem mais sucedida quando houver um laço de confiança estabelecido entre o enfermeiro da equipe multidisciplinar e o paciente e sua família. Uma das formas de conduzir esta avaliação é através de perguntas diretas. Este ponto também pode se tornar um grande apoio ao tratamento pois independentemente da religião professada pelo paciente, ela fornecerá apoio e conforto para ele e sua família. Por outro lado, o enfermeiro e a equipe devem estar preparados para adaptar o tratamento a certas tradições e/ou restrições que podem existir em algumas religiões, de forma a evitar que esses fatores venham interferir no tratamento (POTTER et al, 2013).

A nutrição é outro aspecto fundamental que o enfermeiro de uma equipe multidisciplinar precisa avaliar, e os profissionais desta equipe devem estar cientes de que as alterações nutricionais no idoso não são resultado do processo normal de envelhecimento, mas sim intercorrências patológicas que não estão presentes no idoso saudável. Deve-se perceber que a redução do apetite está relacionada com alterações sensoriais, sendo o olfato e o paladar as mais determinantes para que isto ocorra. Também contribuem para isto a perda dos dentes, próteses mal ajustadas, cáries, xerostomia, doenças periodontais e etc, contribuindo para o prejuízo na mastigação. Essas debilidades fazem com que o idoso opte por excluir da dieta alimentos essenciais como verduras, frutas, carnes e legumes crus por serem estes consistentes e fibrosos (MANSO; BIFFI, 2015).

A função gastrointestinal fica comprometida por conta da redução da secreção gástrica, lentidão do esvaziamento gástrico, redução da capacidade intestinal de absorção de nutrientes, etc. A redução da qualidade da nutrição está relacionada a duas causas: problemas com a ingestão alimentar e aumento das necessidades nutricionais (MANSO; BIFFI, 2015).

A polifarmácia, – uso simultâneo de várias medicações – é outro risco a ser levado em consideração, já que causa muitos problemas de saúde. O uso de múltiplas medicações aumenta o risco de efeitos adversos, prejudica o controle da administração diária dos mesmos e aumenta o risco de quedas. Certos efeitos indesejáveis dos medicamentos podem inclusive fazer o paciente ter receios de se submeter à terapia medicamentosa. Muitos idosos tomam seus medicamentos de maneira incorreta por não entenderem as instruções para o uso e certas categorias como analgésicos, antidepressivos, miorrelaxantes, sedativo-hipnóticos e anti-hipertensivos são considerados bastante perigosos quando usados inadequadamente. A atuação do enfermeiro é essencial para evitar quedas, sanar dúvidas, organizar um esquema de administração, incentivar a aderência ao tratamento, enfim, garantir o maior benefício terapêutico com a menor proporção de dano através da educação. Apesar de a polifarmácia ser muitas vezes reflexo de uma prescrição inadequada, ela também

pode ocorrer por conta das necessidades associadas a certos distúrbios crônicos, como a hipertensão arterial, que pode requerer vários remédios para que seu controle seja efetivo (POTTER et al, 2013).

Um ponto crucial a ser analisado pela equipe multidisciplinar e o qual o enfermeiro poderá facilmente constatar – por conta de sua proximidade ao paciente e a família – é a ocorrência de síndromes geriátricas. Este termo é um dos aspectos da Avaliação Geriátrica Ampla e contempla a investigação sobre: Demência, depressão, delírio, quedas, osteoporose, violência, incontinência, tontura, alterações visuais e auditivas, distúrbios do sono, etc. Para estas investigações também existem instrumentos de coleta de dados que foram cientificamente validados (GIGLIO et al, 2012).

DISCUSSÃO

A atenção multidisciplinar infelizmente ainda não está suficientemente abrangente nem totalmente incorporada à realidade de nosso sistema de saúde. Mas apesar disso são notáveis diversos avanços que ocorreram para possibilitar uma assistência ao paciente oncogeriátrico cada vez mais holística e abrangente.

Ainda se faz necessário um incremento na literatura específica acerca deste público específico e tão negligenciado, infelizmente em alguns estudos geriátricos, o fato de ser portador de neoplasia era motivo para exclusão do idoso de dentro da amostra do estudo (GIGLIO et al, 2012). Em nossa pesquisa nos deparamos com a escassez de material publicado que contemplasse a área da assistência ao paciente idoso portador de patologia neoplásica. Faz-se necessário um aumento de pesquisas nesse ramo a fim de proporcionar mais qualidade de assistência com maior direcionamento e enfoque ao idoso, pois as alterações morfológicas, fisiológicas e moleculares pelas quais ele passou exigem um cuidado diferenciado. Com o aumento cada vez mais visível da parcela de idosos na população, as equipes multidisciplinares e os serviços de saúde deverão se adequar à eles, por isso é necessário haver mais literatura sobre este tema

Quanto às informações disponíveis sobre a questão da multidisciplinaridade, ficou evidente que esta prática tem gerado muitos benefícios ao público e que com o passar do tempo ela será cada vez mais frequente no atendimento fornecido aos usuários e haverá cada vez mais cooperação entre os integrantes da equipe, que se tornarão mais conscientes da importância do trabalho em equipe e também conscientes do quanto o seu trabalho em equipe tem aprimorado a qualidade de vida da comunidade que recebe seus cuidados.

CONCLUSÕES

Realizar esta pesquisa demonstrou a eficácia da organização conjunta dos profissionais de saúde em uma abordagem multidisciplinar que traz inúmeras vantagens

ao idoso oncológico que vai se beneficiar bastante dos cuidados oferecidos. E dentro da equipe o enfermeiro tem um papel de destaque por causa de sua proximidade com o paciente e os familiares, portanto é um grande agente de mudanças. A agregação de profissionais de distintos ramos da saúde permite poupar o tempo do paciente e permitir que ele receba uma atenção realmente holística. É um modelo indispensável para nosso atual sistema de saúde e pode ser considerado como uma experiência bem sucedida que precisa ser ampliada cada vez mais.

Como muitos pacientes, os idosos também apresentam dúvidas, inseguranças e incertezas quanto ao tratamento que recebem, e nestas circunstâncias é indispensável a presença do enfermeiro que atua esclarecendo sobre dúvidas diversas, como efeitos adversos de uma medicação e também auxiliando a organizar um esquema de como administrá-la para simplificar esta atividade. O fornecimento de apoio espiritual também é uma atividade que o enfermeiro pode desempenhar e que em geral traz resultados excelentes para tranquilizar e motivar o idoso oncogeriátrico e seus familiares diante das inseguranças e angústias.

A linguagem técnica do médico e de outros membros da equipe podem também ser um empecilho ao entendimento das etapas de uma terapia. É este mais um ponto no qual o enfermeiro pode atuar, exemplificando com comentários simples e acessíveis tudo aquilo que o paciente necessita saber. Esta dedicação aumenta a confiança e fortalece o vínculo com a equipe multidisciplinar para a boa continuidade da assistência.

PROPOSTAS

Consideramos que há ainda grande necessidade de se explorar cientificamente a realidade do idoso portador de câncer sendo beneficiado pela intervenção da enfermagem, pois há segundo a literatura pesquisada, escassez de estudos sobre este tema. Esperamos que o SUS esteja fortalecido para manter projetos de cuidados que beneficiem seus usuários e que ele seja ampliado para alcançar a todos os brasileiros, pois trata-se de uma iniciativa excelente e bastante funcional.

REFERÊNCIAS

ELIOPOULOS, C. **Enfermería Gerontológica**. 8ª Ed. Espanha: Wolters Kluwer Health; 2014.

FREITAS et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

GARCIA, J.B.S. **Structuring a palliative care service in Brazil: experience report**. Revista Brasileira Anestesiologia, v.64, n.4, Campinas; jul/ag 2004.

GIGLIO et al. **Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar**. Barueri, SP: Manole; 2012

HESBEEN, W. **A reabilitação**. Loures: Lusociência; 2003.

MANSO, M.; BIFFI, E. **Geriatría Manual da LEPE (Liga de Estudos no Processo de Envelhecimento)**. São Paulo: Martinari; 2015.

POTTER, P. et al. **Fundamentos de enfermagem**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

ROCHA, R.M. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar**. Revista Texto Contexto Enfermagem, v.14, n.3; jul/set 2005.

SHIMIZU, H.E.; GUITIERREZ, A.O. **Participação de Enfermeiros na Implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais**. Revista da Escola de Enfermagem da USP[online], v.31, n.2; 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62341997000200007>>.

VAITSMAN, J. et al. **Análise de políticas de Saúde e a Saúde Coletiva**. vol. 23, n.2. Rio de Janeiro; abr/jun 2013.

OS ENTRAVES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES HOMOSSEXUAIS

Maria Mileny Alves da Silva

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Renata Kelly dos Santos e Silva

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Patrícia Regina Evangelista de Lima

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Letícia Gonçalves Paulo

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Lucas Sallatiel Alencar Lacerda

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Fellipe Batista de Oliveira

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Raissy Alves Bernardes

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Jéssica Anjos Ramos de Carvalho

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Vicente Rubes Reges Brito

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Igor Palhares Câmara Costa

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Dinah Alencar Melo Araujo

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Ingryd Hariel da Silva Siqueira Barbosa

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Samila Lacerda Pires

Universidade Federal do Piauí
Picos-PI

Maria Luziene de Sousa Gomes

Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde. Fortaleza-CE.

Jéssica Denise Vieira Leal

Enfermeira e Mestre em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira intervencionista no Samu Jaboatão dos Guararapes. Picos-PI.

RESUMO: Frente à transição sociocultural e modernização contemporânea vigente, emerge o fortalecimento da classe feminina e movimentos feministas, influenciadores

daa criação de Políticas Públicas que atendem as necessidades das mulheres em seus diversos aspectos, evidenciando lacunas na atenção à saúde de mulheres homossexuais. O objetivo do presente trabalho é analisar os entraves da assistência de enfermagem às mulheres homossexuais. Estudo de revisão integrativa da literatura realizada nas bases Scielo, LILACS e MEDLINE, utilizando os descritores: Enfermagem, Mulheres lésbicas, Assistência de enfermagem e Homossexualidade Feminina para artigos publicados entre 2009-2019. Ao final da pesquisa 14 artigos compuseram a amostra. Após análise dos estudos, identificou-se quatro categorias de obstáculos: Aspectos relacionados a assistência e vínculo; ausência da procura de mulheres homossexuais; Influência dos aspectos culturais no binômio profissional/ usuária e dos aspectos discriminatórios na assistência a usuária homossexual. Nota-se que mulheres homossexuais se sentem desconfortáveis na prestação de cuidados, diante do despreparo profissional no atendimento a este público, o que muitas vezes suprime suas reais necessidades de saúde. Dessa forma, é necessária maior reflexão por parte dos profissionais envolvidos na prestação de assistência de enfermagem as mulheres homossexuais para alcançar à garantia da assistência integral e de qualidade a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, desconstruindo ideologias e eliminando preconceitos que impedem que estas mulheres sejam compreendidas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Mulheres lésbicas, Assistência de enfermagem e Homossexualidade Feminina

THE OBSTACLES OF NURSING ASSISTANCE TO HOMOSSEUAL WOMAN

ABSTRACT: In the face of the current socio-cultural transition and contemporary modernization, the strengthening of the feminist class and feminist movements have emerged, influencing the creation of Public Policies that meet the needs of women in their various aspects, highlighting gaps in health care for homosexual women. The objective of the present study is to analyze the barriers of nursing care to homosexual women. Integrative review of the literature carried out in the SciELO, LILACS and MEDLINE databases, using the descriptors: Nursing, Lesbian Women, Nursing Assistance and Feminine Homosexuality for articles published between 2009-2019. At the end of the research, 14 articles composed the sample. After analysis of the studies, four categories of obstacles were identified: Aspects related to care and attachment; lack of demand for homosexual women; Influence of the cultural aspects in the professional / user binomial and the discriminatory aspects in the assistance to the homosexual user. It is noted that homosexual women feel uncomfortable in providing care, given the professional unpreparedness in attending this public, which often suppresses their real health needs. Thus, it is necessary to reflect more deeply on the part of professionals involved in the provision of nursing assistance to homosexual women to achieve the guarantee of integral and quality assistance to the sexual and reproductive health of these women, deconstructing ideologies and eliminating prejudices that prevent these women from being understood.

KEYWORDS: Nursing, Lesbian Women, Nursing Assistance, Female Homosexuality

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a criação de políticas nacionais que usavam a saúde da mulher como tema iniciou-se nos primórdios do século XX, porém traduzia um papel restrito ao ciclo gravídico- puerperal. Em 1984, com a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), a saúde da mulher passou a ser vista além da sua função reprodutora, sendo incluída no programa ações voltada a educação preventiva, diagnóstico, tratamento e também na recuperação dessas mulheres em todas as idades (BRASIL, 2011).

No entanto, o PAISM não olhava a mulher em seus diferentes grupos populacionais, era um programa de nível central. Anos após, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que passou a atender sem nenhum tipo de discriminação as mulheres negras, indígenas, lésbicas, entre outras (BRASIL, 2011).

Diante disso, ao longo do tempo sentiu-se a necessidade de garantir uma maior equidade das mulheres lésbicas no Sistema Único de Saúde (SUS), e em 2010 foi criada a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais (LGBT) (CARVALHO, et al, 2013).

Com a perspectiva de expandir os direitos das pessoas e das populações em relação à saúde e reafirmar, o compromisso do SUS com os princípios doutrinários, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que expõe os direitos e deveres dos usuários contidos na legislação do SUS, contemplando as especificidades dos grupos sociais, e possibilitando a discussão qualificada em torno do direito à saúde (BRASIL, 2013).

A falta de perceptividade da mulher lésbica e bissexual dentro do sistema de saúde, sem dúvida é um problema com sérias consequências para esse público, visto a falta de programas e atenções voltadas a essas mulheres. Diante dessa situação, faz-se necessário a criação de estratégias melhor articuladas de atendimento de enfermagem destinado a essas mulheres na Atenção Básica, de forma a contribuir de maneira eficaz e positiva para a mudança na atenção e cuidados com enfoque nesse público (CRISPIM e al, 2018).

O preconceito contra a orientação não heterossexual, discriminações sofridas ou homofobia representam barreiras muito perceptíveis, que por vezes retardam ou fazem com que inexista a procura aos serviços de saúde quando LGBT necessitam de assistência, implicando na permanência destes em situação de cobertura ineficiente da assistência e falta de atenção. Embora exista um plano que fornece subsídios para implementação da Política Nacional de Atenção Integral a LGBT em todos os níveis de atenção à saúde. (BELÉM et al, 2018).

O acesso universal à assistência à saúde integral e equânime é assegurado pelo SUS, nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem identificado ações prioritárias para os serviços de saúde com equidade de gênero e direitos reprodutivos

e, no Brasil, o Ministério da Saúde vem abrangendo a população LGBT em suas políticas públicas de saúde (SOUSA et al, 2014).

A atenção primária à saúde atua com uma equipe multidisciplinar, sendo a principal porta de entrada do paciente ao SUS, onde é de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar ações de educação contínua e promoção da saúde, visando proporcionar a construção de uma cidadania respeitando a individualidade e singularidade de suas escolhas. Diante dessa situação, acolher indivíduos LGBT's nos serviços de saúde sem diferencia-los se torna um dos principais avanços para o rompimento do preconceito (QUERINO et al, 2017).

O reconhecimento da população de mulheres homossexuais como pessoas de direitos a cuidados diferenciados em saúde induz a uma necessidade de se prestar uma assistência que respeite as individualidades dessas mulheres. Simultaneamente, também se destacam as melhorias na atenção à saúde que apresentam potencial para fomentar melhores condições de saúde e de qualidade de vida das mulheres lésbicas. Dessa forma, um das primeiras medidas nesta direção seria tornar visíveis as necessidades de saúde dessa população. (CARVALHO et al, 2013).

Tendo em vista a escassez de literatura científica no Brasil, que ressalta a saúde da mulher homossexual, este estudo busca contribuir para o conhecimento sobre a temática, com o objetivo de abordar, através das evidências científicas presentes na literatura, os entraves da assistência de enfermagem às mulheres homossexuais.

2 | OBJETIVO

Abordar, através das evidências científicas presentes na literatura, os entraves da prestação da assistência de enfermagem às mulheres homossexuais.

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que objetiva-se em determinar conhecimentos atuais, através do levantamento literário que aborde informações pertinentes sobre a problemática a ser estudada. Dessa forma, temos que a categoria de estudo a ser tratada proporcionará um corpo de conhecimento relevante quanto ao que se encontra de mais atual acerca da prestação da assistência de enfermagem a mulheres homossexuais, por meios da investigação literária do tema.

Para tanto, foram seguidos seis passos na realização dessa revisão. Sendo estas, respectivamente: A definição da problemática a ser estudada e a lista de bases a serem usadas para consultas; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos encontrados; Coleta dos dados obtidos, extraindo os assuntos relevantes para o estudo através da leitura sistemática de títulos, resumos e palavras-chaves de publicações na íntegra; Análise crítica dos estudos selecionados, onde

houve a categorização e documentação das informações extraídas e interpretação dos resultados; Discussão dos resultados, onde pode-se identificar possíveis lacunas no conhecimento e delimitar prioridade para estudos futuros; E por fim, a apresentação da revisão integrativa, onde detalhou-se as informações pertinentes, baseadas nas metodologias contextualizadas e conversação dos achados. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa foi realizada entre janeiro a março de 2019. Os trabalhos utilizados na presente revisão foram selecionados através de leitura prévia dos títulos e resumos, sendo que estes foram extraídos dos portais: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e demais materiais científicos encontrados disponíveis online relacionados ao tema. Os descritores controlados foram selecionados através do vocabulário estruturado Descritores em Ciências e Saúde (DeCS), sendo esses: Enfermagem, Mulheres lésbicas, Assistência de enfermagem e Homossexualidade Feminina.

Na seleção dos artigos, utilizou-se alguns critérios de inclusão, sendo esses: artigo com texto disponível na íntegra, publicados entre 2009 e 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Na base de dados MEDLINE utilizou-se os descritores: Enfermagem, Mulheres lésbicas, Assistência de enfermagem e Homossexualidade Feminina, e adição do critério de inclusão de estudos realizados com humanos. Foram excluídos trabalhos de literatura cinzenta (teses, dissertações, monografias) e aqueles que apresentavam repetidos.

O cruzamento dos descritores nas três plataformas foi intercalado por estratégias de busca como o uso do operador booleano “and” para trabalhos com associação entre os descritores desejados e o uso de parênteses para refinar especificamente os resultados. O total de artigos encontrados foi de 273. Após a leitura dos resumos, foram selecionados um total de 47 artigos que mais se adequava ao tema. Posteriormente, foi realizada a leitura por completo dos mesmos, e então 14 trabalhos compuseram a amostra final da pesquisa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar a literatura notou-se um reduzido número de publicações científicas acerca da homossexualidade feminina. Este aspecto é resultado da hodiernidade da temática que somente começou a ser discutida a partir de 2003 com a realização da V Seminário de Mulheres Lésbicas, no qual se reconheceu a necessidade de contemplar as lésbicas através de políticas públicas (SOUSA, 2014).

Após a análise dos artigos, surgiram quatro categorias que são demonstradas no quadro 1, especificando de forma esquematizada a quantidade de artigos utilizados sobre cada categoria e seus respectivos autores e ano de publicação.

Temática Abordada	Quantidade de artigos utilizados	Autores e Anos
Aspectos relacionados a assistência e vínculo profissional/usuário homossexual	9	BELÉM, 2018; CARVALHO, 2013; WALKER; ARBOUR; WARYOLD, 2016; FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. 2018; SOUSA, 2014; MUNSON; COOK; 2016; TAQUETTE; RODRIGUES, 2015; NHAMO, 2017; WALKER; ARBOUR; WARYOLD, 2016.
Ausência da procura de mulheres homossexuais ao serviço de saúde	4	RUBAB I. et al 2017; ALBUQUERQUE et al 2013; ALMEIDA 2009; RUFINO, 2018.
Influência dos aspectos culturais no binômio profissional/usuária	4	RUFINO, 2018; WALKER; ARBOUR; WARYOLD, 2016; BORRILLO, 2010; SZALACHA, et al, 2017.
Influência dos aspectos discriminatórios na assistência a usuária homossexual	3	CARVALHO, 2013; BORRILLO, 2010; SZALACHA, et al, 2017.

QUADRO 1. Esquematização dos artigos utilizados na obtenção dos resultados. Picos – PI. 2019.

Um dos principais aspectos está relacionado ao vínculo estabelecido entre profissional e as usuárias dos serviços de saúde que se apresenta pouco desenvolvido, e inúmeros são os fatores que contribuem para que isso ocorra, como por exemplo, a falta de preparo profissional durante a vida acadêmica, o uso do modelo de comunicação unidirecional e autoritário pelos profissionais ao transmitir informações e o receio por parte das pacientes em revelar suas intimidades.

Os profissionais ao executar atividades assistenciais e de docência acabam reproduzindo o modelo heteronormativo e suas ações de cuidado propendem para crenças e valores pessoais. Esse contexto é agravado pelo apedutismo dos profissionais sobre a política LGBT e/ou de suas diretrizes e pela ausência de qualificação profissional (BELÉM, 2018)

Para que ocorra o desenvolvimento do vínculo profissional/usuárias, o profissional deve considerar a mulher como indivíduo de direito, proporcionar um ambiente acolhedor promovendo assim autonomia, cidadania, dignidade e execução dos direitos de saúde reprodutiva e sexual dessas mulheres. Além de mais educação e experiência clínica para prestar cuidados de saúde respeitosos a todos os indivíduos, especificamente aqueles que se identificam como lésbicas, gay, bissexual ou transgênero (LGBT) (CARVALHO, 2013 e WALKER; ARBOUR; WARYOLD, 2016).

Para o público feminino homossexual, a presunção de heterossexualidade por parte dos profissionais da saúde, pode estar relacionada a não revelação da orientação sexual, comprometendo a qualidade da assistência. Portanto, torna-se necessário reverberar informações acerca das diferentes práticas sexuais da mulher

e seus respectivos cuidados ao praticá-los, enquanto prática de promoção da saúde (FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. 2018).

Mulheres homossexuais uma vez comparadas a mulheres heterossexuais, são sujeitas a resultados ruins na saúde frequentemente associados ao profissional que traz preconceitos e pré-noções acerca da homossexualidade feminina, o que prejudica a sua atuação diante do relato da paciente, concluindo ser desnecessária a realização do exame citopatológico e da mamografia, embora lésbicas possam ter risco ampliado de câncer de mama e de endométrio (SOUSA, 2014 e MUNSON; COOK; 2016)

Em um estudo realizado em um serviço de saúde de Atenção Primária com adolescentes de ambos os sexos com alguma experiência homossexual, relataram, que não tiveram, nos serviços de saúde, acolhimento que abrangesse suas demandas sexuais, o que de fato está de acordo com outros estudos que demonstram que os profissionais não perguntam e constantemente ignoram as práticas homossexuais, pressupondo que são heterossexuais, o que indica mais uma falha na atenção a saúde deste grupo, dessa forma dificultando que exponham suas necessidades. (TAQUETTE; RODRIGUES, 2015)

Dentro desse contexto, a formação dos profissionais de saúde, desde o princípio, não leva em consideração a pluralidade de opções sexuais e isso afeta diretamente a prática, uma vez que não saber lidar com situações ou problemas ligados à sexualidade das mulheres lésbicas leva à transmissão crenças e valores que atingem as pacientes de forma discriminatória, relegando a segundo plano a sexualidade por conta da homofobia estruturalmente arraigada na sociedade.

Isto posto, evidencia-se atualmente a prática de uma enfermagem emancipatória, relacionado ao superar as experiências de exclusão de mulheres lésbicas na assistência à saúde. Logo, algumas abordagens são necessárias, incluindo: discursos relacionados aos cuidados de saúde aos homossexuais e a promoção ativa de um ensino em enfermagem enquanto defensores da justiça social, além da criação de espaços para a escuta de experiências dos afetados e, assim, contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria dos serviços (NHAMO, 2017).

Identificou-se, ainda o quanto é notório a insuficiente demanda que há nos serviços de saúde entre as mulheres lésbicas, por não procurarem o serviço ou deixaram de procurar. Um estudo norte americano de RUBAB I. et al (2017) reforça essas barreiras ao acesso, principalmente no tocante a discriminação por conta da sexualidade, falta de competência cultural por parte dos prestadores de serviço e o receio em declarar a homossexualidade, temendo a recusa na prestação de assistência feita pelos médicos, que, nesse mesmo estudo, foi relatado pelos entrevistados que já aconteceu em algum momento.

Diante disso, e de acordo com o trabalho de ALBUQUERQUE et al (2013), considerando as necessidades no setor de saúde relacionados a homossexualidade, revela-se uma maior propensão ao envolvimento dessas pessoas com drogas lícitas e ilícitas, ganho de peso exacerbado, sexo desprotegido, conseqüentemente infecções

sexualmente transmissíveis (IST's), em especial HIV-Aids, desenvolvimento de transtornos mentais, câncer de colo de útero e de mama, comportamentos violentos, entre outros.

No que se refere aos transtornos mentais, destacam-se a depressão, ansiedade e maior risco ao suicídio, caracterizando a grande necessidade de um serviço de saúde preparado e/ou capacitado para essa temática, sob o enfoque de que é um público necessitado de atenção em cuidados preventivos para comportamento de risco, incluindo aqui a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis (RUBAB I. ET AL, 2017).

ALMEIDA (2009), dentre suas conclusões, destaca que a falta de ambiente propício à especificidade lésbica na assistência pode fazer com que o atendimento seja subnotificado e as informações sejam negligenciadas, tanto por parte dos profissionais como das usuárias, uma vez que as mulheres não se sentem à vontade para declarar sua sexualidade e os profissionais não possuem preparo neste tipo de atendimento.

Para aumento da demanda desse público nos serviços de saúde é preciso o reconhecimento do exercício e do direito da sexualidade de lésbicas e bissexuais, o que ainda é bastante difícil por conta sociedade patriarcal em que o padrão heterossexual é dominante e tem forte poder de alienação no exercício profissional, gerando preconceito, em algumas situações a discriminação, e a falta de preparo para uma assistência integral de qualidade.

Para RUFINO, 2018 dentre os principais obstáculos para o acesso das mulheres lésbicas aos serviços de saúde, compreendem obstáculos estruturais, financeiros e culturais. Logo, um componente chave da maioria dos programas de educação profissional em saúde trata-se do conteúdo de competência cultural que pode ou não incluir especificamente a educação sobre gênero saúde, sexual e reprodutiva, além de diferenças raciais e étnicas (WALKER; ARBOUR; WARYOLD, 2016).

Ainda nesse sentido cultural BORRILLO (2010), afirma que a homofobia é compreendida como uma vigilância dos gêneros, com ênfase aqueles que transgridem as normas. Logo, a homofobia, atua sempre que alguém se expresse de maneira dissonante àquela esperada para seu gênero. A lesbofobia, mais especificamente, é marcada pelo apagamento da sexualidade feminina.

Em um de seus artigos, SZALACHA, et al, 2017, traz um estudo realizado com uma amostra nacional de mulheres adultas jovens na Austrália. Este observou as relações entre experiências de violência interpessoal, saúde mental, e identidade sexual. Constatando-se que as participantes bissexuais tiveram níveis mais elevados de estresse e as mais baixas pontuações no índice de saúde mental. Podendo ser explicado por os fatores sociais e contextuais, como a violência interpessoal, em vez de status de minoria sexual.

Logo, ainda que, cultural e socialmente, o homossexualismo venha cada vez mais sendo presente e aceito, a formação dos profissionais de saúde parece não contemplar que na prestação da assistência à essas pessoas, como a qualquer

outra, deva prevalecer o respeito às crenças, opções, raça, enfim, não deve haver nenhuma forma de discriminação, uma vez que, existindo julgamentos e preconceitos, a tendência é que as pessoas se afastem dos serviços de saúde, tendo em vista que não se sentem inseridos, nem protegidos, muito menos seguros para expor suas vidas sem serem julgados.

5 | CONCLUSÃO

Por ainda serem consideradas invisíveis na abrangência dos serviços de saúde, nota-se a necessidade do fortalecimento do vínculo entre o profissional e a mulher LGBT para que estas sintam-se seguras em revelar sua orientação sexual, bem como um maior preparo profissional voltado para esse público a partir da educação continuada e da inserção dessa temática na graduação com o intuito de promover uma assistência integral e humanizada.

Faz-se necessário também a realização de ações de prevenção e promoção à saúde voltada para esse público, visto que são muito acometidas principalmente com infecções sexualmente transmissíveis, para que se sintam mais assistidas pelos profissionais. A partir da aplicação dessas ações é possível desmistificar algumas lacunas culturais sobre essas mulheres e disseminar cada vez mais a ideia de aceitação das suas escolhas sexuais.

Apesar de terem sido desenvolvidas poucas pesquisas nessa área, o reconhecimento e respeito às mulheres lésbicas e bissexuais a partir da sua inclusão na PNAISM, nos proporciona um novo olhar crítico e reflexivo sobre essa população possibilitando e instigando a necessidade de ampliação das pesquisas voltadas para essa temática.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. et al. **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a15v37n98.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

ALMEIDA, G. **Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-331, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a04.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BELÉM, J. M., et al. **Atenção à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família**. Rev baiana enferm; v.32. e26475. 2018.

BORRILLO, D. **Homofobia: História e crítica de um preconceito**. Tradução: Guilherme João de Freitas Teixeira. Ed. Autêntica Belo Horizonte. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. 1.ª edição. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília – DF, 2013.

CARVALHO, P. M. G. et al. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo**. Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 12. N. 4, 2013.

CRISPIM, J. E. B. et al. **Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento**. Revista Online de Pesquisa, v. 1, n. 1, p. 34-39, 2017.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade**. Rede Feminista de Saúde. Belo horizonte, p. 1-43, mar. 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf>. Acesso em: 16 mar.2019.

FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. **Diversidade de gênero e acesso ao sistema único de saúde**. Rev Bras Promoç Saúde, v. 31, n. 1, p. 1-10, jan./mar. 2018.

MUNSON, S.; COOK, C. **Lesbian and bisexual women’s sexual healthcare experiences**. Journal of Clinical Nursing, v. 25, p. 3497-3510, abr. 2016.

NHAMO, Mercy. **Lesbian, gay, and bisexual (LGB) people’s experiences of nursing health care: An emancipatory nursing practice integrative review**. International Journal of Nursing Practice. South Africa, v. 24, n. 1, p. 1-10, 2017.

QUERINO, M. S. et al. **Ações da Equipe de Enfermagem na Implementação da Política de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais- Revisão de Literatura**. Rev. Cient. Sena Aires. v.6. n.1, 2017.

RUBAB I. Q. et. al. **Health Care Needs and Care Utilization Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations in New Jersey**. Journal of Homosexuality, 65:2, 167-180, DOI: 10.1080/00918369.2017.1311555. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28481718>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

RUFINO, A. C. et al. **Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, p. 2017-499, 2018.

SOUSA, J. C et al. **Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 4, p. 108-113, 2014.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que e como fazer**. Einstein, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

SZALACHA, L.A. et al. **Mental health, sexual identity, and interpersonal violence: Findings from the Australian longitudinal Women’s health study**. BMC women’s health, v. 17, n. 1, p. 94, 2017.

TAQUETTE, S. R; RODRIGUES, A O. **Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 1181-1191, 2015.

WALKER, K.; ARBOUR, M.; WARYOLD, J. **Educational Strategies to Help Students Provide Respectful Sexual and Reproductive Health Care for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons**. J. Midwifery Womens Health. v. 61, n.6, p. 737-743, nov. 2016.

PROFILAXIA A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NO TRABALHO DE PARTO: REFLEXÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Grace Kelly Lima da Fonseca

Graduanda de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA); Teresina – Piauí.

Raquel Vilanova Araújo

Docente de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (PPGENF-UFPI), Mestre em Ciências e Saúde-CCS/UFPI. Teresina – Piauí.

Maryanne Marques de Sousa

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí - UFPI (2004). Atualmente enfermeira no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/ HU-UFPI/ UNACON/ EBSEH. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em oncologia.

RESUMO: A principal forma de infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em crianças é pela transmissão materno-infantil. A transmissão vertical (TV) do vírus da imunodeficiência humana pode ocorrer em três momentos: intra-útero, intraparto e no pós-parto, visto que o intraparto é o momento de maior risco para a transmissão vertical do HIV. O estudo objetiva buscar na literatura as medidas profiláticas para a redução da transmissão vertical do HIV durante o parto. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura realizada na base de dados da

LILACS- Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, BDNF- Bancos de Dados em Enfermagem e SCIELO - Scientific Electronic Library Online. Obtiveram-se 19 artigos para análise e discussão. Os resultados encontrados foram: atuação geral do enfermeiro na TV, intervenções do enfermeiro obstetra durante o período do parto, a correlação entre efeitos adversos e benefícios gerados pelo uso da Zidovudina (AZT) e Nevirapina em mulheres grávidas e com diagnóstico de soropositividade para HIV e os fatores que dificultam a implementação das intervenções contra esse agravo. Conclui-se que, diversos estudos publicados na literatura demonstram uma redução da TV para níveis entre zero e 2% com o uso da profilaxia adequada. A alta eficácia da nevirapina e ATZ na prevenção do HIV supera o risco de reações adversas ao medicamento. As medidas profiláticas devem ser ampliadas e potencializadas a fim de vislumbrar o alcance da redução da transmissão vertical do HIV a níveis indetectáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Transmissão Vertical de doença infecciosa; trabalho de parto; Infecções por HIV

PROFILAXIA VERTICAL TRANSMISSION OF HIV IN CHILDBIRTH: REFLECTIONS ON NURSING ASSISTANCE

ABSTRACT: The main form of human immunodeficiency virus (HIV) infection in children is through mother-to-child transmission. Vertical transmission (TV) of human immunodeficiency virus can occur in three moments: intrauterine, intrapartum and postpartum, since the intrapartum is the moment of greatest risk for the vertical transmission of HIV. The objective of the study was to search the literature for prophylactic measures to reduce vertical HIV transmission during childbirth. This is an integrative literature review carried out in the LILACS database - Latin American Health Sciences Literature, BDNF- Databases in Nursing and SCIELO - Scientific Electronic Library Online. We obtained 19 articles for analysis and discussion. The results were: the general role of the nurse in the TV, interventions of the obstetrician nurse during the delivery period, the correlation between adverse effects and benefits generated by the use of Zidovudine (AZT) and Nevirapine in pregnant women diagnosed with HIV seropositivity and the factors that make it difficult to implement interventions against this aggravation. It is concluded that, several studies published in the literature demonstrate a reduction of the TV to levels between zero and 2% with the use of the appropriate prophylaxis. The high efficacy of nevirapine and ATZ in HIV prevention outweighs the risk of adverse drug reactions. Prophylactic measures should be broadened and strengthened in order to envisage the extent of reducing vertical transmission of HIV to undetectable levels.

KEYWORDS: Infectious Disease Transmission Vertical; Labor Obstetric; HIV Infections

1 | INTRODUÇÃO

A transmissão vertical (TV), é a determinante via de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em crianças de até 13 anos, e pode ocorrer em três períodos distintos, intra-útero, intraparto e no pós-parto, sendo neste por meio do aleitamento materno. No entanto, tem-se observado que a maior parte das ocorrências de transmissão decorre durante o trabalho de parto (NISHIMOTO, 2005).

As evidencias científicas tem apontado que a as medidas profiláticas podem reduzir as taxas de transmissão do vírus em até quase zero, como o controle de exame para o diagnostico precoce em gestantes e recém-nascidos, as ações preventivas protocolos assistenciais bem estabelecidos durante e após o parto, incluindo os cuidados com a amamentação (LIMA, 2017; MATURANA *et al*, 2017)

No período intrauterino a transmissão acontece pelo transporte celular transplacentar, decorrente de uma infecção dos trofoblastos da placenta até o momento em que o vírus atinja a circulação fetal ou ainda, decorrente da ruptura da barreira placentária, sequenciada de microtransfusões materno-infantil. (DUARTE, 2005)

Já no decorrer do trabalho de parto, transmissão do vírus pode ocorrer após ruptura das membranas, por meio do contato direto do feto com as secreções maternas

contaminadas, por micro-transfusões de mãe para filho durante contrações uterinas ou aquisição do vírus pelo trato gastrointestinal do feto. Além disso, a transmissão também pode estar associada a outros fatores que interferem na patogênese, como os aspectos virais (carga viral, genótipo e fenótipo), aspectos maternos (estado nutricional, psíquico, clínico, imunológico, etc) e os comportamentais (uso de drogas, sexo desprotegido) (MATURANA *et al*, 2017)

Mesmo que evidenciam-se evoluções no consentimento às condutas indicadas para a profilaxia da transmissão do HIV, questões importantes perduram e dificultam a implementação e adesão das gestantes ao pré-natal e às medidas profiláticas, com isso, permanecem ocorrendo casos de TV, potencialmente evitáveis. Dessa forma, torna-se indispensável uma maior atenção à promoção da saúde da parturiente portadora do vírus HIV, não apenas pelos riscos intrínsecos a sua situação, como também, pela escassez de ações educativas e preventivas do sistema de saúde. (BARBOSA *et al*, 2015)

Nesse cenário, destaca-se a atuação indispensável da equipe multiprofissional, especificamente do enfermeiro, que prestam assistência direta e contínua às gestantes com diagnóstico de soropositividade para HIV e crianças expostas ao vírus. O enfermeiro, junta a equipe, são responsáveis por realizar atividades com intuito de prevenir TV do HIV, que advém desde as medidas de promoção e prevenção da saúde até o acompanhamento da criança exposta. (LIMA, 2017; MATURANA *et al*, 2017)

Diante disso, torna-se importante conhecer as medidas profiláticas realizadas na assistência de enfermagem para redução da transmissão vertical do HIV no trabalho de parto.

Após análise de estudos secundários realizada por meio de uma revisão integrativa da literatura em seis etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão (JARDIM, 2018), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, Bancos de Dados em Enfermagem e na Scientific Electronic Library Online foi possível identificar considerações importantes acerca da Assistência de enfermagem e das medidas profiláticas para a transmissão vertical do HIV no trabalho de parto.

2 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Analisados os dados das 19 publicações inclusas neste artigo, observou-se que 63% delas foram escritas nos anos de 2014 (26%) e 2015 (39%), o que reflete a necessidade emergente de visibilidade e realização de mais estudos voltados a essa temática. No que tange ao idioma de publicação, 63% foram em português, 21% em inglês e 16% em espanhol.

Fundamentando-se na análise dos estudos, foram constatadas informações análogas nos resultados e discussões dos artigos. Para melhor assimilação dos dados, foram construídas três categorias analíticas: atuação geral do enfermeiro na TV e intervenções do enfermeiro obstetra durante o período do parto (visto que esse é o momento de maior risco para a transmissão vertical do HIV); a correlação entre efeitos adversos e benefícios gerados pelo uso da Zidovudina (AZT) e Nevirapina em mulheres grávidas e com diagnóstico de soropositividade para HIV; e os diversos fatores que dificultam a implementação das intervenções contra esse agravo.

Dentre as intervenções pré-natais de maior impacto sobre a TV do HIV sobressai a utilização de antirretrovirais (ARV) e a cesárea eletiva, cuja efetividade está ligada à observação dos critérios de sua indicação. Destaca-se o papel fundamental do enfermeiro, que presta assistência direta e contínua às mães portadoras do HIV e crianças expostas ao vírus, como peças fundamentais na promoção da saúde do binômio. O enfermeiro, juntamente com uma equipe multiprofissional, realiza atividades no intuito de prevenir a TV do HIV. (MATURANA *et al*, 2017).

2.1 Atuação geral do enfermeiro na TV e intervenções do enfermeiro obstetra durante o período do parto

Verifica-se que inúmeras são as intervenções de enfermagem relacionadas a profilaxia da TV do HIV, abrangendo cuidados desde pré-natal, parto, puerpério e assistência à criança exposta ao HIV, além de medidas que visem a promoção de saúde para a prevenção desses casos, pois o enfermeiro atua em todos os níveis de atenção à saúde, porém é no âmbito da atenção primária, que as intervenções reduzem precocemente o risco de exposição vertical. (COSTA,2015; LIMA, 2017)

O enfermeiro já deve desenvolver intervenções no período que antecede a gestação, por meio da promoção de saúde e prevenção da doença, através de ações como educação em saúde, educação continuada dos profissionais para formação de enfermeiros capacitados e direcionados às particularidades da TV, realização do diagnóstico para detecção do HIV, aumentar a oferta de testes rápidos na gravidez para todos os serviços de saúde, cobrar laboratórios de teste rápido, oferta de planejamento reprodutivo, articular a relação entre atenção primária e vigilância epidemiológica, potencializar a assistência farmacêutica com disponibilidade ágil e abastecimento contínuo nas maternidades e investir em treinamento, conscientização e engajamento das equipes obstétricas. (BRANDÃO *et al*, 2016; LIMA, 2017)

Segundo Lima (2014) a vigilância epidemiológica é fundamental, sendo um dos caminhos para controlar a TV do HIV, juntamente com a necessidade de efetivar estudos direcionados a esta temática, assim é possível visualizar a proporção da problemática e a realidade local em determinada área e período, a fim de se obter, com o estudo epidemiológico, uma base para as intervenções preventivas e planejamento de novas recomendações de controle do agravo.

Com o diagnóstico positivo para o HIV, um conjunto de ações devem ser realizadas durante o pré-natal, sendo uso de antirretrovirais a partir da 14^a semana de gestação fundamental. Outro aspecto importante é o acolhimento dessa gestante, que encontra-se aterrorizada temendo preconceito e principalmente medo de afetar o conceito. O profissional de saúde deve ampliar o cuidado, incluindo o companheiro na rotina profilática, contemplando o casal como protagonistas e responsáveis pelo cuidado da saúde. A carga viral deve ser aferida em idade gestacional a partir de 34 semanas, para assessorar a escolha da via de parto. Carga viral a níveis indetectáveis ou abaixo de 1.000 cópias por ml, o parto normal poderá ser realizado, carga acima deste valor, é indicativo de cesárea eletiva (LANGENDORF *et al*, 2015; LIMA, 2017; MATURANA *et al*, 2007).

De acordo com Lima (2017), o enfermeiro obstetra desenvolve outras intervenções essenciais para a profilaxia da exposição fetal ao HIV durante o trabalho de parto, momento de maior risco para a transmissão materno-infantil. Entre as medidas profiláticas encontram-se: utilização de Zidovudina (AZT) injetável durante o trabalho de parto; AZT oral para o recém-nascido exposto; redução do número de toques vaginais ao longo do trabalho de parto para evitar que a membrana seja rompida; evitar que a parturiente mantenha-se por mais de quatro horas com bolsa rota; evitar procedimento invasivos como amniotomia, episiotomia, uso de fórceps; são contraindicados manobras desnecessárias na retirada do conceito; conservar as membranas amnióticas íntegras, se possível, até o momento da concepção, expulsivo ou da retirada no caso da cesárea; e, decorrer à ligadura do cordão umbilical sem ordenha.

No pós parto as intervenções continuam com o uso de AZT oral para o recém-nascido exposto, no decorrer das primeiras 6 semanas e inibição de lactação agregada ao provimento de fórmula infantil até os seis meses de idade. (NASCIMENTO *et al*, 2015)

Ressalta-se que, em todos os momentos mencionados, a mãe deve ser informada de cada fase das intervenções, tornando-se ativa e com autonomia dentro da metodologia do cuidar, respeitando seus anseios e desejos. O êxito da redução da TV desse vírus é proporcional à execução dessas medidas profiláticas, em todos os estágios gestacional. Para melhor identificação e organização, as medidas profiláticas foram organizadas em um quadro síntese (tabela 1) (DUARTE, 2005)

Períodos	Medidas Profiláticas
Cuidados que antecedem a gravidez (Prevenção)	aumentar os testes rápidos na gravidez para todos e quaisquer serviços
	ações educativas
	vigilância epidemiológica como um dos meios de controle da transmissão vertical do HIV
	realização de estudos referentes a esta temática
	detecção precoce
	formação em saúde que contemple questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos
	otimizar a assistência farmacêutica
Intra-útero (pré-natal)	treinamento, conscientização e engajamento das equipes obstétricas.
	uso da terapia antiretroviral (TARV)
	escolha da via de nascimento
	o uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana de gestação
	ampliar o cuidado para atenção ao casal
	oferecer planejamento reprodutivo
Intraparto (durante o parto)	Educação sobre a temática
	realização de parto cesáreo quando indicado;
	utilização de AZT* injetável durante o trabalho de parto
	AZT* oral para o recém-nascido exposto
	reduzir o número de toques vaginais ao longo do trabalho de parto
	evitar que a parturiente permaneça por mais de quatro horas com bolsa rota
	contraindicação de procedimentos invasivos como amniotomia
	evitar uso de fórceps
	evitar manobras desnecessárias na retirada do concepto
	evitar a episiotomia
	manter, sempre que possível, as membranas amnióticas íntegras até o período expulsivo ou, no caso de cesárea, até a retirada da criança
ligadura do cordão umbilical sem ordenha	
Pós-parto (cuidados com a criança)	supressão do aleitamento materno
	AZT* oral até 30 dias de vida
	inibição de lactação
	fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade

Tabela 1 – Síntese dos resultados encontrados nas publicações analisadas.

*Zidovudina

2.2 Correlação entre efeitos adversos e benefícios gerados pelo uso da Zidovudina (AZT) e Nevirapina

O plano com AZT, lamivudina (3TC), lopinavir / ritonavir ou outros, é fundamental a partir da semana 14 de gestação. O percurso do parto dependerá da carga viral da gestante. Em todos os casos, uma dose de ataque de AZT intravenoso é administrada no período intraparto, seguidas de doses de manutenção até o cordão umbilical ser clampeado. Em alguns casos de diagnóstico tardio, uma dose de nevirapina pode ser administrada duas horas ou mais antes do parto ou cesárea. A nevirapina é descrita

por rápida absorção e distribuição, seguida de uma meia-vida de eliminação lenta. A sua administração consiste em dose oral única de 200 mg administrada à mulher durante o trabalho de parto e uma dose única administrada ao recém-nascido às 48-72 horas após a concepção. (CASTRO, 2018)

Conforme Barral *et al* (2014), parte das mulheres expostas a terapia antirretroviral podem apresentar algum tipo de reações adversas aos medicamentos, as respostas mais comuns são as gastrointestinais (cólicas abdominais ou abdominais, diarreia, náuseas e vômitos) cutânea (prurido e erupção cutânea), anemia, hepatite e hiperglicemia. No entanto, apesar dessas possíveis reações, os benefícios gerados pelo uso da terapia antirretroviral pela puérpera são compensatórios, e evita desfechos desfavoráveis como baixo peso ao nascer, escore de Apgar ≤ 7 no quinto minuto, nascimento pré-termo e mal formações. Apenas em alguns casos foi necessário descontinuar a terapia.

2.3 Fatores que dificultam a implementação das medidas profiláticas

Evidenciam-se alguns entraves no tocante à prevenção da transmissão vertical do HIV, podendo ser relacionado ao âmbito operacional, técnico ou até mesmo referentes ao contexto de vida dessas mulheres. Fatores como: dificuldades na marcação da consulta, demora para o atendimento. algumas unidades básicas de saúde não realizam a coleta do material biológico para teste de HIV, poucos laboratórios, insuficiência de recurso humanos e infraestrutura, ausência de apoio social e financeiro, falta de autocuidado e autonomia. São entraves que demandam intervenções por parte dos gestores, sensibilização dos profissionais e da sociedade. (COSTA,2015)

Outros fatores tais como situações de vulnerabilidade associadas à doença, a baixa escolaridade das mulheres acometidas, o uso de drogas ilícitas, falta de apoio familiar e psicossocial, recusa das gestantes em usar a terapia e a carência dos medicamentos, ou ainda, a burocratização do sistema para o serviço especializado, influenciam de forma negativa para a adesão dessa população às medidas profiláticas, que são fundamentais para desfechos positivos da gestação e que mesmo assim, ainda são negligenciadas por profissionais e usuários. (LIMA, 2017)

3 | CONCLUSÃO

É evidente que o enfermeiro tem papel fundamental nas intervenções profiláticas da transmissão vertical do HIV, atuando em todos os estágios da gestação e em todos os níveis de complexidade, desde a epidemiologia, atenção básica, farmácia, nutrição, o que exige a formação de profissionais altamente capacitados. O contínuo treinamento e atualização são caminhos para o alcance de práticas seguras e decisivas no combate à transmissão materno-infantil, dada a importância e eficácia comprovada na aplicabilidade de medidas profiláticas.

A formação em saúde deve incluir questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, o enfermeiro deve estar agregado na rede de apoio implementando ações educativas que propiciem a essas mulheres o empoderamento e autonomia sobre sua saúde. Assim este estudo poderá fomentar para que o enfermeiro cogite acerca de suas práticas, efetivando o cuidado, visando a promoção da saúde de forma diferenciada, individualizada, ética e efetiva, respeitando os anseios e escolhas das gestantes.

Diversos estudos publicados na literatura demonstram uma redução da TV para níveis entre zero e 2% com o uso da profilaxia adequada. A alta eficácia da nevirapina e zidovudina na prevenção do HIV supera o risco de reações adversas ao medicamento. As medidas profiláticas devem ser ampliadas e potencializadas a fim de que se possa vislumbrar o alcance da redução da transmissão vertical do HIV a níveis indetectáveis.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, E. S. P. *et al.* **Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil.** Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 18, n. 3, p. 252-260, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-86702014000300252&script=sci_arttext>. Acesso em 10 mar 2019.

BARBOSA, B. L. F. A. *et al.* **Conocimiento de los profesionales de la salud en la prevención de la transmisión vertical del VIH en una maternidad pública brasileña.** Enfermería Global, v. 14, n. 39, p. 1-14, 2015. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000300001&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 10 mar 2019.

BARRAL, M. F. M. *et al.* **Risk factors of HIV-1 vertical transmission (VT) and the influence of antiretroviral therapy (ART) in pregnancy outcome.** Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 56, n. 2, p. 133-138, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0036-46652014000200133&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 10 mar 2019.

BRANDÃO, M. N. *et al.* **Challenges in preventing vertical HIV transmission in Petrolina, Pernambuco and Juazeiro, Bahia.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 16, n. 3, p. 313-324, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000300313&script=sci_arttext>. Acesso em 10 mar 2019.

CALDAS, M. A. G. *et al.* **Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/3240/324036185005/>>. Acesso em 10 mar 2019.

CASTRO, A. V. G.; RODRÍGUEZ, S. I. G.; GAZANO, A. V. **Transmisión vertical del virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell; Uruguay, 2012-2014. Resultados de la aplicación del protocolo zidovudina-nevirapina en niños uruguayos.** Revista Médica del Uruguay, v. 34, n. 1, p. 88-112, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902018000100088&script=sci_arttext>. Acesso em 10 mar 2019.

COSTA, R. H. S.; SILVA, R. A. R.; MEDEIROS, S. M. **Cuidado de enfermagem diante da prevenção da transmissão vertical do HIV.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/5057/505750945039/>>. Acesso em 10 mar 2019.

DUARTE, G.; QUINTANA, S. M.; EL BEITUNE, P. **Estratégias que reduzem a transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana tipo 1.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 27, n. 12, p. 768-78,

2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v27n12/a10v2712.pdf>>. Acesso em 10 mar 2019.

FARIAS, J. P. Q. **Prevenção da transmissão vertical do HIV: atitude dos obstetras em Salvador, Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 30, n. 3, p. 135-41, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/2008nahead/3197.pdf>>. Acesso em 10 mar 2019.

JARDIM, M. B.; MODENA, C. M. **A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e 3069

LANGENDORF, T. F. *et al.* **Compreensão do vivido do ser-casal diante da profilaxia da transmissão vertical do HIV.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. spe, p. 70-76, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0070.pdf>>. Acesso em 10 mar 2019.

LANGENDORF, T. F. *et al.* **Cotidiano do ser-casal: significados da profilaxia da transmissão vertical do HIV e possibilidades assistenciais.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n. 2, 2015. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/html/1277/127739655009/>>. Acesso em 10 mar 2019.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* **Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem.** Avances en Enfermería, v. 35, n. 2, p. 181-189, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00181.pdf>>. Acesso em 10 mar 2019.

LIMA, Ana Carolina Maria A. C. C. *et al.* **Avaliação epidemiológica da prevenção da transmissão vertical do HIV.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 4, 2014. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/html/3070/307031738005/>>. Acesso em 10 mar 2019.

MATURANA, A. P. *et al.* **Avaliação da assistência ao parto em gestantes infectadas pelo HIV.** Arquivos Médicos do ABC, v. 32, n. 1, 2007. Disponível em:<<https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/download/193/189>>. Acesso em 10 mar 2019.

NASCIMENTO, L. *et al.* **Ser mãe e portadora do HIV: dualidade que permeia o risco da transmissão vertical.** Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 3, p. 401-406, 2015. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/3849/13782>>. Acesso em 10 mar 2019.

NISHIMOTO, T. M. I.; ELUF NETO, J.; ROZMAN, M. A.. **Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos.** Rev Assoc Med Bras, v. 51, n. 1, p. 54-60, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v51n1/a21v51n1.pdf>>. Acesso em 10 mar 2019.

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. **Barriers to control syphilis and HIV vertical transmission in the health care system in the city of Sao Paulo.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, p. 887-898, 2014. Disponível em:<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2014000500887&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 10 mar 2019.

ROSA, M. C. *et al.* **Avaliação dos fatores associados à transmissão vertical de HIV-1.** 2015. Disponível em:<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/6730/en_0021-7557-jped-91-06-0523%20%281%29.pdf?sequence=1>. Acesso em 10 mar 2019.

SANTINI-OLIVEIRA, M. *et al.* **Incidence of antiretroviral adverse drug reactions in pregnant women in two referral centers for HIV prevention of mother-to-child-transmission care and research in Rio de Janeiro, Brazil.** The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 18, n. 4, p. 372-378, 2014. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867014000452>>. Acesso em 10 mar 2019.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO: INTERESSE E ENVOLVIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Floriacy Stabnow Santos

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Marcelino Santos Neto

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Romila Martins de Moura Stabnow Santos

Colégio Adventista de Imperatriz – CADI
Unidade de Ensino do Sul do Maranhão -
UNISULMA
Imperatriz – MA

Suzan Karla Leite Martins

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Victor Gabriel Aquino da Silva

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Vitória Caroline de Lima Rodrigues

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Welison Lucas Rodrigues Lima

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Lívia Fernanda Siqueira Santos

Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz
- HRMI
Imperatriz – MA

Ytallo Juan Alves Silva Pereira

Hospital Regional de Balsas – HRB
Balsas – Maranhão

Iolanda Graepp Fontoura

Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Imperatriz – MA

Volmar Moraes Fontoura

Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS
Augustinópolis – TO

RESUMO: Este estudo objetivou abordar a promoção da saúde dentro do contexto acadêmico, buscando evidenciar o interesse e o envolvimento dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão acerca das ações de promoção da saúde no ambiente universitário. Optou-se por um método de estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de aplicação de questionário, foram selecionados 72 estudantes do curso de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão pertencentes ao 1º, 2º e 3º períodos matriculados regularmente no curso. Os resultados apontaram que a maioria dos acadêmicos entrevistados têm um visão correta do conceito de Promoção da Saúde, mas que isto não está claro a todos eles, há uma dificuldade dos alunos em identificar e participar de ações que promovem a saúde, apesar de relatarem que demonstram interesse pelas ações desenvolvidas e que as mesmas contribuem efetivamente para sua formação.

Concluiu-se que o ambiente acadêmico pode ser compreendido como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações e atividades que busquem promover saúde nesse meio e nos seus arredores, convocando os alunos a participarem dessa interação.

PALAVRAS CHAVE: Promoção da Saúde. Universidade. Estudantes de Enfermagem.

HEALTH PROMOTION IN THE UNIVERSITY CONTEXT: INTEREST AND INVOLVEMENT OF NURSING STUDENTS

ABSTRACT: This study aimed to address health promotion within the academic context, seeking to highlight the interest and involvement of nursing students of the Federal University of Maranhão on the actions of health promotion in the University environment. We opted for a descriptive-exploratory study method with quantitative approach. Data collection occurred through questionnaires, 72 were selected nursing course students of the Federal University of Maranhão belonging to 1°, 2° and 3° periods registered regularly. The results showed that most of the scholars interviewed have a correct vision of the concept of Health promotion, but this is not clear to all of them, there is a difficulty in identifying students and participate in actions that promote health, despite report that demonstrate interest in the actions and that they contribute effectively to your training. It was concluded that the academic environment can be understood as a privileged space for the development of actions and activities that seek to promote health in between and its surroundings, calling on students to participate in this interaction.

KEYWORDS: Health promotion. University. Nursing students.

1 | INTRODUÇÃO

Apesar do atual modelo de atenção à saúde, modelo biomédico (Medicina Curativa e Preventiva), ser reconhecido como incapaz de melhorar o quadro da saúde, pois é baseado hegemonicamente no conhecimento biológico, ignorando assim, outros aspectos sociais da vida da população, a saúde brasileira está passando por uma transição, marcada por uma queda significativa da mortalidade infantil e materna e um aumento da expectativa de vida, o que demonstra uma melhor assistência à saúde (BYDLOWSKI CR, LEFÈVRE AMC, PEREIRA, 2011. FREIRE et al 2016).

É notório que a assistência à saúde vigente, obedece ao modelo biomédico, fazendo com que o setor da saúde atue isoladamente no combate à doença, esquecendo-se de integrar os diversos setores da sociedade para ações conjuntas. Diante disso, fez-se necessário apresentar estratégias e ações no campo da saúde, que sejam capazes de construir uma solução dos problemas de forma integral para população, surgindo então a Promoção da Saúde que é uma política nacional denominada Política Nacional de Promoção da Saúde e atua como uma dessas estratégias, assumindo uma postura

baseada na qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Entretanto, é interessante percorrer o histórico até chegar ao momento atual. Durante a década de 1960 em várias partes do mundo aconteceram debates que visavam superar a orientação de que a saúde está centrada no controle da doença, visto que ela envolve uma questão mais ampla e aborda a dimensão social. Em 1974, um movimento canadense elaborou o Relatório Lalonde que propunha uma nova perspectiva sobre a saúde, enfatizando que a saúde era resultante de um estilo de vida adotado individualmente (BUSS et al., 2007).

As discussões sobre o tema ganharam força em 1978 na Conferência de Alma-Ata onde se propôs uma estratégia de Atenção Primária de Saúde, que teve como lema Saúde Para Todos no Ano 2000. Nos documentos elaborados nessa conferência merece destaque o texto que fala sobre a promoção da saúde: “*a promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial*”. Os debates sobre o assunto continuavam a nível mundial, e em 1981 a Primeira Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, sugeriu que o contexto social era um poderoso determinante da saúde, pois influenciava o comportamento individual, já que a escolha do estilo de vida dependia da classe social. Desta forma, observou-se que a promoção da saúde sofria influência de fatores sociais e ambientais (FERREIRA, 1998).

As condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde e são considerados determinantes para a mesma, e envolvem ainda fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos, comportamentais que influenciam e podem trazer riscos para a população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define determinantes de saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou são as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Entretanto, para criar este conceito vários paradigmas foram quebrados: a teoria miasmática do século XIX, o paradigma bacteriológico de Koch e Pasteur, o conflito entre a saúde pública e a medicina onde predominou a medicina já que a saúde pública estava orientada ao controle de doenças específicas (BUSS et al., 2007).

Em 1984, em uma conferência realizada no Canadá denominada “Além do Cuidado da Saúde”, dois novos conceitos foram introduzidos: o de política pública saudável e o de cidade ou comunidade saudável, admitindo-se que a situação de saúde era resultante de políticas de saúde elaboradas com a participação social e descentralização do poder para as comunidades locais, reforçando a questão da saúde ambiental (FERREIRA, 1998).

Foi na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986 onde foi promulgada a Carta de Ottawa, onde se iniciou a discussão e a construção coletiva dos conceitos fundamentais sobre a promoção da saúde, concebida como produção social que extrapola o setor saúde e articula um conjunto de outros setores

da gestão municipal. O cidadão passou a ser corresponsável pela formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010).

A Carta de Ottawa lança um desafio para elaboração de políticas de saúde que reafirmem a justiça social e a equidade como pré-requisitos para a saúde. Desse modo, a promoção da saúde está inserida em um modelo de atenção que busca a qualidade de vida das populações, levando em conta as várias necessidades nas diversas áreas de atenção à saúde, o que inclui áreas do âmbito educacional, e no caso deste estudo, compreende a instituição universitária (BUSS et al., 2007).

A universidade como parte dos serviços de educação, deve ser uma instituição comprometida com a assistência educacional em várias áreas, dentre elas a da saúde e de sua promoção. Dando destaque aos cursos da saúde, a instituição universitária deve estabelecer estratégias que mobilizem conhecimentos para a promoção da saúde, que possibilite a valorização da saúde, incentive comportamentos saudáveis e que contribua para a promoção de um ambiente saudável, tanto nas dependências da universidade, quanto das populações que ali convivem (LEAL et al., 2015).

Nesse contexto, em que a universidade tem grande parte da responsabilidade no desenvolvimento de ações práticas da promoção da saúde, é que este estudo foi desenvolvido, dando uma atenção especial aos acadêmicos de enfermagem, pois como futuros profissionais terão a responsabilidade de cuidar de forma integral da população.

Dessa forma, o presente estudo objetivou identificar o entendimento, interesse e envolvimento dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) acerca das ações de promoção da saúde no ambiente universitário.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado durante os meses de Outubro e Novembro de 2018, na UFMA, no Centro de Ciências Sociais Saúde e Tecnologia (CCSST), *Campus Imperatriz*, que oferece o curso de Bacharelado em Enfermagem, entre outros.

O grupo de participantes compreendeu 72 estudantes. Foram incluídos alunos, de ambos os sexos, matriculados na UFMA, nos três primeiros períodos e que cursavam a graduação em enfermagem. Foram excluídos alunos de outras graduações e de outras universidades, e o critério escolhido foi o da acessibilidade.

A coleta dos dados ocorreu por meio de aplicação de questionário estruturado disponibilizado por meio eletrônico cujo link foi disponibilizado aos participantes através de redes sociais como grupos de WhatsApp e Facebook bem como pela abordagem pessoal e os alunos eram convidados a participar da pesquisa.

Após a coleta os dados foram organizados em tabelas e analisados considerando as frequências absolutas e relativas das variáveis.

Seguindo os preceitos éticos da Resolução 466/12 os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido concordando em participar do estudo.

3 | RESULTADOS

O perfil dos participantes mostrou que a média de idade foi de 20 anos, 25 (34,7%) eram do sexo masculino, 47 (65,3%) do sexo feminino, 24 (33,4%) do primeiro período, 28 (38,9%) do segundo e 20 (27,7%) do terceiro período.

Quando perguntados sobre a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal que visa reduzir as situações de vulnerabilidade, 100% dos participantes concordaram com esse conceito.

A Tabela 1 mostra que 53 (73,6%) dos alunos às vezes identificam situações em que necessitam da promoção da saúde; poucas vezes 53 (73,6%) dos alunos participaram de ações de promoção da saúde; a UFMA fornece informações sobre promoção da saúde às vezes para 51 (70,8%) dos alunos; demonstraram interesse em ações que promovem a saúde 64 (88,9%) dos alunos; sempre, 65 (90,2%) alunos acreditam que participar em ações que promovem a saúde contribui para o desenvolvimento acadêmico.

Variáveis	n	%
Identificar situações em que necessitam a promoção da saúde		
Nunca	0	0
Poucas vezes	1	1,4
As vezes	53	73,6
Sempre	18	25,0
Participou de ações de promoção da saúde		
Nunca	0	0
Poucas vezes	53	73,6
As vezes	15	20,7
Sempre	4	5,5
A Universidade Federal do Maranhão fornece informações sobre a Promoção da Saúde		
Nunca	0	0
Poucas vezes	8	11,2
As vezes	51	70,8
Sempre	13	18,0
Você demonstra interesse em ações que promovem a saúde?		
Nunca	0	0
Poucas vezes	1	1,4
As vezes	7	9,7
Sempre	64	88,9

Participar em ações que promovem a saúde contribui para o desenvolvimento acadêmico		
Nunca	0	0
Poucas vezes	0	0
As vezes	7	9,8
Sempre	65	90,2
Total	72	100

Tabela 1- Distribuição das respostas sobre promoção da saúde. Acadêmicos do curso de enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz-MA, 2019

4 | DISCUSSÃO

No contexto atual em que o conceito de saúde é bem mais complexo que a ausência de doença, a promoção da saúde tem se destacado no campo da saúde pública e envolvem ações, estratégias e formas de intervenção que traduzem na prática o conceito de promoção. A concepção holística diz respeito às ações de promoção em saúde envolvendo a população como um todo inserido no seu contexto de vida considerando os determinantes sociais, econômicos e ambientais onde o indivíduo vive (BRASIL, 2014). Observou-se, portanto, que os estudantes têm uma visão correta do conceito de promoção da saúde, contudo, ainda foi possível obter respostas divergentes sobre outros aspectos da promoção da saúde, demonstrando que essa definição ainda não está totalmente clara a todos os estudantes de enfermagem.

Desse modo, evidencia-se que não basta apenas saber o conceito, mas deve haver uma aplicação desse conceito, principalmente dentro da universidade, pois em espaços como esses também se deve realizar ações que promovam a saúde de seus usuários (FERREIRA et al., 2018). É interessante e necessário que os acadêmicos sejam capacitados a identificar situações em que a promoção da saúde possa ser utilizada como estratégia para melhoria da qualidade de vida da população.

O processo saúde/doença de uma comunidade é resultante de determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos, portanto, merecem ações interssetoriais e dinâmicas de promoção da saúde como processo transformador da vida e saúde (TAVARES et al., 2016).

A OMS elaborou sete princípios para operacionalizar a promoção da saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998). A concepção holística diz respeito às ações de promoção da saúde envolvendo a população como um todo inserido no seu contexto de vida considerando os determinantes sociais, econômicos e ambientais onde o indivíduo vive. A intersetorialidade requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos com articulação de suas ações. O empoderamento e a participação social dizem respeito ao envolvimento de todos os atores interessados no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

A equidade garante ao cidadão um acesso ampliado e universal com justiça social e políticas que tornem viáveis e favoráveis as condições de vida e saúde, sendo capaz de reverter desigualdades sociais. Ações multi estratégicas são ações que envolvem várias disciplinas, métodos e abordagens. A sustentabilidade propõe a criação de iniciativas baseadas no desenvolvimento sustentável, que possa ter continuidade, que tenha impacto sobre a coletividade (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

O estudo destacou como aspectos negativos, a dificuldade dos alunos em identificar e participar de ações que promovem a saúde, e as causas desses problemas podem estar associados à falta de discussões sobre o tema de forma mais efetiva e que leve compreensão sobre a importância que o mesmo tem, e o fato de o conceito de promoção da saúde estar subentendido por parte de muitos e assim, não explicitado para todos, atrapalhando a assimilação do conceito e por consequente sua prática.

Ainda nessa perspectiva, as dúvidas sobre o conceito de promoção da saúde e a falta de incentivo em realizar ações desde a graduação para que o profissional seja formado com uma visão crítica sobre essa questão é relevante, desse modo, o estudante e futuro profissional poderia se tornar indiferente a práticas que promovam a saúde, ou seja, uma pessoa desinteressada. E isso, acabaria em desacordo com papel do estudante de enfermagem e da universidade, como promotores da saúde.

É relevante que a formação profissional seja voltada e estruturada pedagogicamente de modo a formar profissionais que tenham consciência política, social e maior humanização na prestação dos serviços de saúde (TAVARES et al., 2016).

Vale considerar que os indicadores de saúde melhoram com a escolarização e boa saúde melhora o desempenho em tarefas acadêmicas. A promoção da saúde na universidade ganha dimensão ampla, com repercussão nas comunidades e na produção coletiva de conhecimentos em saúde. Ela reflete as diferentes condições sociais, econômicas e ambientais de seu entorno e das populações que ali convivem. A universidade é espaço social e potencial ambiente promotor de saúde, onde jovens e adultos convivem juntos durante muitos anos, portanto é uma instituição de referência para comunidades inteiras, podendo influir e contribuir nos esforços de promoção da saúde no entorno (HORTA et al. , 2017).

Ademais, é possível destacar a valorização da saúde e o incentivo a comportamentos saudáveis, promovendo, assim, escolhas saudáveis e indicando que se busque minimizar fatores promotores de comportamentos não saudáveis. Segundo Donabedian (2003) a garantia de qualidade em saúde é o conjunto de todas as ações tomadas para estabelecer, promover, proteger e melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos. O modelo por ele proposto para avaliação de serviços de saúde, se dá pela análise combinada de três dimensões: estrutura, processo e resultado. Estes modelos tendem a ser adaptados a experiências, necessidades e características próprias de suas regiões de origem ou são excessivamente abrangentes (ARROYO; RICE, 2009).

Nas universidades também se deve promover saúde. A Organização

Panamericana da Saúde (OPAS) em 1996 criou a Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde e o conceito de Universidades Promotoras da Saúde com objetivo de criar um ambiente propício para ações de saúde (ARROYO; RICE, 2009). As Universidades Promotoras de Saúde (UPS) são espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, pois melhoram o perfil de saúde por meio do desenvolvimento do ensino, da investigação e do compartilhamento de conhecimentos, o que contribui, também, para o bem-estar e sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, para a avaliação da eficácia dos programas de intervenção (ARROYO; RICE, 2009). Espaços promotores de saúde são contextos de intervenção onde se dinamizam estratégias multiníveis e se mobilizam conhecimentos para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis (FERREIRA et al, 2018).

As estratégias de promoção da saúde no contexto universitário nem sempre resultam da convergência entre ações educativas, políticas, legislativas ou organizacionais que apoiam estilos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos ou coletividades e que contribuem para melhoria do ambiente físico e social, porém, a sala de aula ainda pode ser entendida como um espaço de promoção da saúde e disparador dos processos criativos na aprendizagem (SILVA et al., 2014). Dessa forma, o interesse pelas estratégias disponibilizadas pela universidade deve vir do próprio aluno. Na presente pesquisa 83,3% sempre demonstraram interesse pelas ações de promoção da saúde.

É interessante que as universidades se envolvam em projetos internos de promoção da saúde e com isso obtenham benefícios como valorização de sua imagem pública, aumento sua importância para a saúde local, regional e nacional, criação de melhores projetos pedagógicos, melhor qualidade de vida para os trabalhadores e acadêmicos, maiores impactos sobre a vida da comunidade e planejamento sustentável na universidade (MELLO et al., 2010).

Estudo realizado em escolas de ensino fundamental das cinco regiões do Brasil com o objetivo de avaliar os ambientes escolares aos quais estão expostos estudantes segundo diretrizes de promoção da saúde, mostrou que são importantes as desigualdades entre regiões do país e entre redes de ensino, tornando clara a necessidade de alocação de recursos e ações que promovam maior equidade (HORTA et al., 2017).

A última questão buscou analisar se os estudantes faziam assimilação de promoção da saúde com o desenvolvimento acadêmico, ou seja, se o conhecimento e a prática da promoção da saúde, influencia de forma positiva o crescimento e progressão dos alunos de enfermagem na graduação, e 90,2% responderam que isso sempre acontece.

A OMS em 1986 definiu a promoção da saúde como o processo que capacita a pessoa a tomar o controle e a melhorar a sua saúde. Os enfermeiros podem ajudar a promover esse processo. Dessa forma, o conceito que os enfermeiros têm sobre promoção da saúde é fundamental e norteia sua prática. O entendimento do processo

de saúde é uma corresponsabilidade da equipe de enfermagem como um todo, que influência na sua atuação, fortalece os vínculos e garante o acesso às informações (BEZERRA; JÚNIOR, 2014).

5 | CONCLUSÕES

O conceito de Promoção da Saúde assume um caráter amplo, e o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, a respeito desse conceito é compreendido quando se trata da definição da palavra. Contudo, a visão e habilidades necessárias para colocar em prática esse conceito ainda não são totalmente assimiladas. Supõe-se que essa lacuna no conhecimento aconteça devido aos alunos inqueridos cursarem os três primeiros períodos do curso.

É crucial para que se entenda e compreenda a promoção da saúde, discussões sobre como, onde e por que se deve promover a saúde, ou seja, a universidade pode incentivar discussões sobre as ações de promoção da saúde que a instituição oferece. Isso permitiria que o conceito de promoção da saúde saísse de uma simples palavra para a prática, e assim, fosse vivida pelos estudantes. A abertura para se discutir a promoção da saúde em seus vários aspectos ajudaria também a aumentar o interesse do estudante em colocar em prática na comunidade em que vive.

É importante ressaltar que, além de discutir a promoção da saúde, a universidade também deixe claro, explícito e de fácil acesso todas as ações que a instituição faz que promovam a saúde e incentive a sua prática, por meio de atividades extracurriculares, principalmente para os estudantes que ingressaram recentemente na universidade, pois isso, facilitará a compreensão desses alunos sobre a promoção da saúde, os incentivará a tornarem-se melhores profissionais e construirá uma base sobre como promover a saúde.

REFERÊNCIAS

ARROYO, H.V.; RICE, M. (Orgs.). Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Documento de Trabalho Desenvolvimento para o **IV Congresso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud**. Porto Rico: Organização Panamericana da Saúde. 2009.

BEZERRA, E. A. F.; JÚNIOR, J. J. A. O papel do enfermeiro na promoção à saúde do homem: o contexto das unidades básicas de saúde da cidade de macaíba/RN. **SANARE**, Sobral, v.13, n.2, p.18-23. 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/568>>. Acesso em 10 Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde : PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BYDLOWSKI, C. R.; LEFÈVRE, A. M. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1771-1780, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 10 Jan. 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, F. M. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em 10 Jan. 2019.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: **Oxford University Press**; 2003

FERREIRA, F. M. P. B.; BRITO, I. S.; SANTOS, M. R. Programa de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 71, supl 4, p. 1714- 1723, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1714.pdf> Acesso em 10 Jan. 2019.

FERREIRA, J. R. A promoção da saúde na Nova Política Mundial de Saúde da OMS. **Promoção da saúde e a saúde pública**, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, julho de 1998.

FREIRE, R. M. A.; LUMINI, M. J.; MARTINS, M. M.; MARTINS, T.; PERES, H. H. C. Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2749, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100374> Acesso em 10 Jan. 2019.

HORTA, R. L.; ANDERSEN, C. S.; PINTO, R. O.; HORTA, B. L.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; ANDREAZZI, M. A. R.; MALTA, D. C. Health promotion in school environment in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 27, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28380209>> Acesso em 20 mar. 2019.

LEAL, L. A.; CAMELO, S. H. H.; ROCHA, F. R. L.; VEGRO, T. C.; SANTOS, F. C. A promoção da saúde da equipe de enfermagem no âmbito hospitalar. São Paulo, Ribeirão Preto. **Rev Rene**, v. 16, n. 5, p. 762-772, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2849>> Acesso em 10 jan. 2019.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.14, n.34, p.683-92, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300017&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 25 mar. 2019.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p.101-122, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>> Acesso em 10 jan. 2019.

SILVA, J. P.; GONÇALVES, M. F. C.; ANDRADE, L.S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; SILVA, M. A. I. Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0237, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100442&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 10 jan. 2019.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M.; BITTAR, C. M. L.; PETERSEN, C. B.; ANDRADE, M. Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601799&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em 25 mar. 2019.

WORLD HELATH ORGANIZATION. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: **European Working Group on Health Promotion Evaluation**, 1998.

TEORIA DE JEAN WATSON E O CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA FÍSICA

Manoelise Linhares Ferreira Gomes

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA,
departamento de Enfermagem, Sobral- Ceará

Isabelle Frota Ribeiro Queiroz

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA,
departamento de Enfermagem, Sobral- Ceará

Joana Karenn Pereira Viana

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA,
departamento de Enfermagem, Sobral- Ceará

Lara Silva de Sousa

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA,
departamento de Enfermagem, Sobral- Ceará

Elys Oliveira Bezerra

Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA,
departamento de Enfermagem, Sobral- Ceará

RESUMO: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, o qual objetivou prestar cuidados de enfermagem a uma mulher vítima de agressão física baseado na teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. Realizado em um setor de traumatologia de um hospital de referência da região Norte do município de Sobral, Ceará. A identificação dos problemas de enfermagem possibilitou reconhecer sete diagnósticos correlacionados com as necessidades humanas propostas por Watson, sendo implementado um plano de cuidado para sua efetivação, alicerçada nas relações interpessoais. A partir da realização

deste estudo verificou-se a importância das relações humanas principalmente nos casos em que esta se encontra ameaçada.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Cuidados de enfermagem; Teoria de enfermagem.

JEAN WATSON'S THEORY AND TRANSPERSONAL NURSING CARE TO WOMEN VICTIMS OF PHYSICAL VIOLENCE

ABSTRACT: Descriptive study, with qualitative approach, of case study type, which aimed to provide nursing care for a woman victim of physical aggression based on the transpersonal care theory by Jean Watson. Performed in a traumatology center of a reference hospital from the Northern region of the municipality of Sobral, Ceará. The identification of nursing problems enabled to recognize seven diagnosis correlated with human needs proposed by Watson, being implemented a care plan for its effectiveness, grounded on interpersonal relations. From this study the importance of human relations was verified, especially in cases where it is threatened.

KEYWORDS: Violence Against Women; Nursing Care; Nursing Theory.

1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher se configura um sério problema de saúde pública, uma vez que acarreta impactos negativos no seu desenvolvimento psicossocial, além de tolher os seus relacionamentos interpessoais. Estima-se que no mundo, uma em cada três mulheres é, já foi, ou será vítima de violência doméstica (OMS, 2014). No Brasil, observa-se um aumento de 252% de mulheres vítimas de assassinato no país no período de 1980 a 2013. Esses dados refletem diretamente nas estatísticas de mortalidade, apresentando que uma mulher é morta a cada 02 horas no país (BRASIL, 2017).

Por definição, a violência contra a mulher é fundamentada nas diferentes relações de poder existentes entre os sexos, nas quais a mulher geralmente se encontra em situação de subordinação (OLIVEIRA; D' OLIVEIRA, 2008). A complexidade que envolve tal problemática engloba as formas de violência física, psicológica, patrimonial e moral, sendo a primeira considerada qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal (BRASIL, 2006).

Dessa forma, desenvolvem-se problemas sociais, emocionais, psicológicos e de saúde, resultando em sequelas na vítima ao longo de sua vida. Podendo, também, desencadear transtornos depressivos, alucinações, alterações na memória e comportamento agressivo, ou ainda, acarretar no óbito da vítima (COSTA, 2011).

Pesquisas apontam que, no Brasil, a agressão contra a mulher tornou-se um motivo de preocupação que gradativamente vem crescendo e apresentando novos perfis epidemiológicos no país (GUEDES, 2013). Esta confirmação exhibe uma necessidade de reorganização dos serviços de saúde para atenção a essas mulheres, pois a grande maioria não tem preparação para conduzir esses casos. Com isso, os profissionais de saúde devem se apropriar de novos saberes, a fim de subsidiarem e aprimorarem suas práticas (MINAYO, 2010).

Tendo em vista a magnitude das consequências ocasionadas por esse agravamento à saúde, faz-se necessário que o enfermeiro esteja habilitado para acolher e implementar um cuidado efetivo à mulher vítima de violência. Por conseguinte, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fundamentada pela Teoria do Cuidado de Jean Watson, favorece a tomada de decisão quanto ao processo terapêutico, bem como proporciona a visibilidade e organização do cuidado prestado (MORAIS, 2008).

A teoria supracitada se concretiza por meio de um processo transpessoal, ampliando os conceitos acerca da sacralidade do ser cuidado, a conexão do ser humano para um plano que extrapola o concreto, o visual e a proposição da cura como reconstituição do ser.

Partindo desse pressuposto, este estudo tem como objetivo relatar o caso de desenvolvimento da assistência de enfermagem sistematizada a uma mulher vítima de agressão física, com base na Teoria do Cuidado de Jean Watson.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

A Teoria do Cuidado Humano desenvolvida por Jean Watson surgiu no final da década de 70 decorrente dos resultados de estudos realizados pela autora durante seu doutorado. Isso findou com a publicação de seu primeiro livro, intitulado “A Filosofia e a Ciência do Cuidado”, em que retratou novos conceitos de cuidado, ressignificando a Enfermagem e sua (inter) relação com o usuário (WATSON, 2009).

Jean Watson sugere uma filosofia do cuidado transpessoal em enfermagem que, ao reconhecer os limites do potencial humano como variáveis ainda não exploradas, busca a valorização de aspectos relacionados à experiência subjetiva do ser humano, bem como suas diferentes formas de enfrentar as situações envolvidas no cotidiano, o saber do outro e as diferenças culturais. O processo de crescimento interior constante gera autoconhecimento, auto respeito, autocura e entendimento para o autocuidado. Assim, estabelece-se a conexão pessoa-natureza-universo, que revela a possibilidade da existência de múltiplas maneiras de ser, saber e fazer (WATSON, 2007).

Essa teoria tem o ser humano como ponto de convergência de todas as ações de enfermagem, a plenitude de corpo, mente e espírito. Existe, ainda, uma estreita relação entre a forma de desenvolver o cuidado e o amor a partir da compreensão dessa dualidade, com o intuito de demonstrar tal sentimento propicia a realização da coexistência e o acolhimento do outro, estabelecendo condições para que se institua o mais alto valor da vida (WATSON, 1979).

Visando perceber o ser humano em sua dimensão metafísica e direcionar o conceito de *healing* (cura) para reconstituição daqueles que experimentam um processo desarmônico de saúde- doença, Watson estrutura o cuidado transpessoal sobre dez fatores: 1) Adotar valores altruístas e a pratica da bondade para consigo e com os outros; 2) estimular a fé e a esperança; 3) ser sensível consigo mesmo e com o próximo, alimentando crenças e práticas individuais; 4) prestar ajuda com relações de confiança e carinho; 5) promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos; 6) utilizar com criatividade métodos científicos para solucionar problemas de tomada de decisão; 7) compartilhar o ensino e a aprendizagem que corresponda às necessidades e estilos individuais de compreensão; 8) gerar um ambiente de cura física e espiritual que respeite a dignidade humana; 9) assistir necessidades humanas básicas: físicas, emocionais e espirituais; 10) abrir-se a mistérios e permitir a entrada de milagres. (WATSON, 2009).

A assistência envolta às necessidades básicas podem ser debatidas sob uma perspectiva psicossomática e psicofisiológica, sendo aceitas numa perspectiva em que poderá ser mais útil o entendimento dos aspectos primários e secundários de cada necessidade. O significado dinâmico e simbólico de cuidado de necessidades humanas são de uma perspectiva interacional e de cuidado direto de Enfermagem (WATSON, 1985). As necessidades humanas podem ser classificadas como necessidades de

ordem inferior e necessidades de ordem superior, conforme pormenorizado no Quadro 1.

A teoria baseia-se, ainda, no processo de enfermagem, o qual segundo Watson (2007) segue os mesmos passos da pesquisa científica: 1) Investigação, envolve a observação, a identificação do problema; 2) Plano, também denominado de plano de cuidados de enfermagem, ajuda a delinear as soluções dos problemas; 3) Intervenção, refere-se a ação direta e a implementação do plano; 4) Avaliação, como método e processo de análise dos resultados.

NECESSIDADES DE ORDEM INFERIOR	NECESSIDADES DE ORDEM SUPERIOR
Biofísicas (necessidades de sobrevivência) <ul style="list-style-type: none">- Necessidade de alimento e líquido- Necessidade de eliminação- Necessidade de ventilação	Psicossociais (Necessidades integradoras) <ul style="list-style-type: none">- Necessidade de realização- Necessidade de associação
Psicofísicas (necessidades funcionais) <ul style="list-style-type: none">- Necessidade de atividade-inatividade- Necessidade de sexualidade	Intrapessoal-interpessoal (Necessidade de busca de crescimento) <ul style="list-style-type: none">- Necessidade de auto realização

Quadro 1. Ordem de necessidades humanas

Fonte: Watson (1985).

3 | METODOLOGIA

Pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o problema, sendo bastante flexível e quase sempre assumindo a forma de um estudo de caso (GIL, 2002).

A abordagem qualitativa determina uma aproximação fundamental entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, possibilitando o resgate dos motivos, das intenções, dos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, estruturas e relações tornam-se significativas, respondendo a questões muito particulares. Assim, almeja desvelar um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, abrangendo o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 2010).

Foi desenvolvida nos meses de novembro e dezembro de 2016, em um Hospital de referência em traumatologia, na região Norte do Ceará. Para seleção do caso considerou-se que o participante deveria ser: do sexo feminino, maior de idade, notificado pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) por violência física interpessoal ou autoprovocada. Foram excluídos pacientes com previsão de alta no período da pesquisa. Assim, o caso estudado compreendeu uma mulher adulta vítima de violência física interpessoal.

Durante a investigação dos dados, foram realizadas visitas ao leito da participante,

entrevistas semiestruturadas, observação e consulta em fontes documentais (prontuário). A análise dos dados foi marcada pelo raciocínio diagnóstico de enfermagem estruturado nos parâmetros propostos de Risner (1986), com categorização dos dados e agrupamento, separação do material em partes e exame crítico das mesmas. Para elaboração do plano e denominação dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a *North American Diagnoses Association* (NANDA, 2015-2017); para estabelecer os resultados/ metas, utilizou-se a *Nursing Results Classification* (NOC, 2013) e para construção das intervenções, optou-se por utilizar *Nursing Interventions Classifications* (NIC, 2014). Os resultados foram então analisados e discutidos com base na literatura disponível.

Este estudo respeitou Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir os princípios básicos da bioética, foi resguardado o anonimato do participante do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 | RESULTADOS

4.1 Investigação de Enfermagem

D. F. S., 52 anos, sexo feminino, parda, católica não praticante, dona de casa, casada, G5 P5 A0. Natural e residente no Sítio Juá, no interior da cidade de Granja, no Ceará, na zona rural, onde reside com o esposo e os dois filhos (uma mulher deficiente e um homem), em uma casa de alvenaria, com água encanada e energia elétrica. A renda familiar varia de um a dois salários mínimos. Relatou não ser portadora de doenças crônicas. Entretanto, toma Ácido Valproico há mais de 30 anos devido à crise convulsiva ocasionada após queda.

Foi admitida no dia 08 de novembro de 2016, na emergência de um hospital de grande porte da região Norte de Sobral, Ceará, vinda regulada do hospital da cidade de Granja- CE, com diagnóstico médico inicial de Politraumatismo por *violência física*. Durante o atendimento de emergência foi realizado Raios-X e Tomografia de Crânio (TC) e submetida a uma cirurgia de laparotomia exploratória, a fim de tratar uma hemorragia interna decorrente do trauma abdominal.

Ao exame físico, evidenciou-se lesão suturada em região frontal, membro superior direito imobilizado por tala gessada, ferida operatória com leve hiperemia na região abdominal, membros inferiores imobilizados por tala gessada (deixando a participante restrita ao leito), apresentando tremores pelo corpo. Sinais vitais: P.A.= 120x70 mmHg; F.C. = 85 b.p.m.; F.R.= 20 r.p.m.; T.= 36.8°C.

4.2 Plano de Cuidado

A partir da análise dos problemas identificados no Histórico de Enfermagem da

participante, foram formulados Diagnósticos de Enfermagem e elaborado um Plano de Cuidados de acordo com o processo de enfermagem proposto por Watson, dispostos no Quadro 2.



Quadro 2. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados em uma mulher vítima de violência física, segundo os conceitos da Teoria do Cuidado de Jean Watson. Sobral – CE, novembro/2016.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Implementação das Intervenções

A identificação das prioridades de cuidados de enfermagem com as necessidades humanas propostas por Watson (2002) estão dispostas no Quadro 2, representando as necessidades de ordem inferior (biofísica ou psicofísica) e de ordem superior (psicossociais e interpessoais), de acordo com as situações verbalizadas pela participante do estudo. Desta forma, após serem identificados os diagnósticos de enfermagem, segundo Herdmann e Kamitisuru (2015), foi realizada a identificação dos resultados almejados mediante o NOC (2013). Em seguida, foram propostas as intervenções embasadas nas recomendações do NIC (2014), visando, assim, a promoção das relações humanas como forma de efetivar o cuidado.

Para o diagnóstico **constipação**, foi realizado o monitoramento de sinais e sintomas de constipação a partir de relatos da participante. Além de identificar os fatores que poderiam estar causando ou contribuindo para a ocorrência da constipação. Um dos achados foi a impossibilidade de locomoção para o banheiro, devido a fratura em ambos os membros inferiores a qual impossibilitava a deambulação até o vaso sanitário para a efetuação das necessidades fisiológicas. A partir desse problema,

pode-se intervir de forma a promover um ambiente mais privativo através da utilização de biombos para a realização das necessidades fisiológicas no próprio leito.

Na tentativa de controlar a **dor** relacionada a fratura nos membros inferiores e membro superior esquerdo, foi realizada a administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. Bem como orientações a respeito do posicionamento dos membros, dispostos de forma a reduzir o desconforto.

Em relação à **mobilidade física prejudicada**, devido à impossibilidade de locomoção relacionado à presença de fraturas nos membros inferiores, foi proposta para a participante o uso de cadeira de rodas, buscando estabelecer um pouco de independência, além de orientar quanto à prevenção de quedas.

Associado à essa condição, o **déficit no autocuidado para higiene íntima** foi percebido a partir de relatos acerca da dificuldade em realizar a higienização adequada. Com isso, foi orientado quanto a necessidade de serem mantidas práticas de higiene e encorajamento do acompanhante para participar desses cuidados.

A **tensão do papel do cuidador** definida como dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família/ pessoas significativas (NANDA, 2015-2017). A situação verbalizada que fundamentou este diagnóstico referiu-se ao seu papel de cuidadora, uma vez que sua filha a qual se configura como deficiente visual e mental, depende de seus cuidados para as atividades de vida diárias. Dessa forma, foi realizado o contato direto com familiares para incentivar a troca de papéis de cuidador.

O diagnóstico de **síndrome pós-trauma** evidenciado pelo estado psicológico após ter sido vítima de violência física por conhecidos se constitui em um processo que afeta psicologicamente, biologicamente e socialmente uma pessoa. Foi realizada a escuta ativa, bem como instigada a participante a falar sobre esse agravo como forma de ampliar o repertório de mecanismos de enfrentamento da participante e, também, informações sobre a situação atual.

Em relação ao **conhecimento deficiente** o processo saúde-doença estabelecido por meio da verbalização do problema pela participante, foram realizadas ações da promoção da saúde, através da facilitação da aprendizagem e do ensino sobre o processo da doença, os procedimentos que eram realizados.

4.4 Avaliação de Enfermagem

Foi notável que, após alguns dias de acompanhamento, a participante do estudo demonstrou aceitabilidade às propostas dos discentes, evidenciando a efetivação do vínculo. Constatou-se, ainda, melhorias na frequência de ocorrência das necessidades fisiológicas após a implementação de um ambiente privativo para tais práticas.

Outrossim, devido ao convívio e das orientações, notou-se um decremento nos níveis da dor. Logo, acredita-se que com as intervenções prestadas no plano de cuidados individualizado é possível reduzir a dependência por meio do uso de cadeira de rodas, bem como evitar a restrição ao leito.

A acompanhante, por sua vez, adquiriu habilidades acerca do cuidado frente

ao processo saúde-doença da participante, ajudando-a nas práticas de higienização. Além disso, a orientação realizada sobre a inversão de papéis familiares otimizou a comunicação, reduzindo a tensão situacional à qual a participante estava submetida.

Embora com diagnóstico de politraumatizada, vítima de violência física, mais especificamente, agressão, a participante evoluiu bem em decorrência das intervenções realizadas, obtendo melhora do seu quadro geral. E, no dia 18 de dezembro de 2016, recebeu alta.

5 | DISCUSSÃO

A complexidade do tema violência contra a mulher, aliada à magnitude e aos impactos social, psicológico e biológico de seus desfechos, atestam sobre a importância de estudos com essa temática. Pesquisas devem agregar contribuições da interação entre paciente e profissional de saúde para constituir a essência do cuidado.

Ademais, notou-se que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária são essenciais na investigação e no cuidado a essa esfera populacional, uma vez que são responsáveis pela prevenção, na busca precoce de orientação, na garantia e qualidade de apoio e na eficácia da assistência (MINAYO, 2010).

Para a Teoria do Cuidado de Jean Watson, o cuidado transpessoal tenta se sobrepor à valorização da tecnologia, que estima somente a cura, e procura considerar como prioridade o próprio paciente. O cuidado pode ser considerado em sua essência, já que a enfermeira participa da assistência enquanto pessoa. Deve haver, também, uma reciprocidade entre o profissional e o paciente, de modo a preconizar a meta de estímulo à autonomia do enfermo, e buscar seu autocontrole e autoconhecimento (FONSECA *et al.*, 2006; GEORGE, 2001).

É a partir dessa interação que são alicerçadas as relações interpessoais, nas quais cada um desempenha funções específicas. Na perspectiva do envolvimento direto do cliente em seu processo de cuidado, realiza-se a SAE. Esta, fundamentada pela teoria do cuidado, impõe um estado de reverência e um sentido de sacralidade em relação à vida, bem como a todas as coisas vivas. (MATHIAS *et al.*, 2006).

Aliada à habilidade do enfermeiro, a utilização da SAE, fundamentada pela Teoria do Cuidado Transpessoal, configura-se um suporte potencializador do cuidado, posto que cria um ambiente terapêutico centrado no paciente em direção ao alcance dos resultados anteriormente pretendidos na elaboração do processo de enfermagem (FABER, 2013).

Logo, perceber uma mulher vítima de violência no escopo de suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais demanda do profissional uma constante atualização de subsídios teóricos capazes de oferecer resultados favoráveis a partir dos diagnósticos e intervenções implementadas (AMORIM, 2014).

6 | CONCLUSÃO

A partir da realização deste estudo, verificou-se a importância das relações humanas, principalmente nos casos em que se encontram ameaçadas. Nesta perspectiva, mulheres vítimas de agressão física necessitam de um cuidado especial, sendo a Teoria Transpessoal de Jean Watson perfeitamente aplicável a essa esfera populacional, dada a vulnerabilidade à qual estão submetidas.

A SAE, desenvolvida sob a perspectiva da Teoria do Cuidado de Watson no decurso de agravos decorrentes de violências físicas, apresenta significativa relevância, uma vez que a elaboração de um plano de cuidados específico para o(a) cliente garante uma assistência de acordo com as suas próprias necessidades, facilitando a tomada de decisões dos profissionais.

Destarte, buscou-se estabelecer o cuidado mediante a teoria do cuidado, posto que constitui grande relevância para a melhoria da qualidade de atendimento, e conseqüentemente nos remete a uma maior abrangência de conhecimentos teóricos e práticos enquanto estudantes, e também, como futuros profissionais da área da saúde, a qual deve tratar o paciente de forma humanizada e holística.

Neste estudo, buscamos alternativas viáveis para amenizar situações vivenciadas no âmbito da violência contra a mulher, tentando minimizar ou até mesmo extinguir seus anseios e preocupações acerca da situação em que se encontra.

Percebeu-se, então, que com o apoio familiar, e quando bem orientada pelos profissionais de saúde e por discentes de enfermagem, a participante passou a expressar mais segurança no decorrer do tempo. Com isso, é relevante o desenvolvimento de novos estudos que instiguem a criação de estratégias fundamentadas em teorias de enfermagem e, também, da SAE a essas vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

AMORIM, T. V; SENA, C. A; ALVES, M. S; SALIMENA, A. M. O. **Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: Teoria do Cuidado Transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários.** Rev Bras Enferm. 2014 jul-ago;67(4):568-74.

BRASIL. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 de agosto de 2006.

BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.

BULECHEK, G. M; BUTCHER, H. K; DOCHTERMAN, J. C. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC.** Tradução da 5ª edição. Elsevier, 2014.

COSTA, V. G. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: discutindo a atuação dos profissionais de saúde da UBSF: Ana Amélia Vilar Cantalice.** 2011. Dissertação (Graduação em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicada, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

FABER, K. **Relationship-based care in the neonatal intensive care unit.** Creat Nurs, 19(4):214-8,

2013.

FONSECA, A. L. N, LACERDA, M.R, MAFTUM, M. A. **O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família.** Cogitare Enferm; 11(1):7-15 11, 2006.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública n. 11**, 2017.

GEORGE, J. B e Colaboradores. **Teorias de Enfermagem.** Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª edição Artmed Editora. Porto Alegre, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, R. N; FONSECA, R. G. S; EGRY, Emiko Y. **Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero.** Rev. esc. enferm. USP [online]. 2013; 47(2):304-311.

HERDMAN, T. H, KAMITSURU S. (Orgs.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Tradução: Regina Machado Garcez ; Revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros et al. Porto Alegre : Artmed, 2015.

MATHIAS, J. J. S; ZAGONEL, I. P. S; LACERDA, M. R. **Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal.** Acta Paul Enferm;19(3):332-7, 2006.

MINAYO, C. S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S; NJAINE, K; ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da Violência na Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública de Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 22.

MOORHEAD, S; JOHNSON, M; MAAS, M. L; SWASONE. **Classificação dos resultados de enfermagem – NOC.** Tradução da 5ª edição. Elsevier, 2013.

MORAIS, G. F. C; OLIVEIRA, S. H. S; SOARES, M. J. G. O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública.** Texto Contexto Enferm, 17(1):98-105, 2008;

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Updated Pressure Ulcer Stages, 2007. In: HERDMAN, T. H; KAMITSURU, S. (Orgs.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017.** Tradução: Regina Machado Garcez; Revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros et al. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório mundial sobre a prevenção da violência.** Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, A. R; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo (SP).** Rev. saúde pública, 42(5):868-76, 2008.

RISNER, P. B. **Diagnosis: analysis and synthesis of data.** In: Christensen PJ, Kenney JW, editors. Nursing process: application of application of theories, frameworks, and models. 2a ed. St. Louis: Mosby; 1986. cap. 7, p.124-50.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care; a theory of nursing.** Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985.

WATSON, J. **Caring as the essence and science of nursing and health care.** Mundo Saúde, 33(2):143-9, 2009.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston: Little, Brown; 1979.

WATSON, J. **Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/ caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice**. *Texto Contexto Enferm*; 16(1):129-35, 2007.

TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS: A EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O USO DESTA PRÁTICA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Fabiane de Amorim Almeida

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
São Paulo, Brasil.

Audrey Avelar do Nascimento

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein
São Paulo, Brasil.

Adriana Maria Duarte

Universidade Federal de Brasília
Brasília, Brasil.

RESUMO: Objetivo: Compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros sobre o uso da terapia assistida por animais (TAA) com crianças hospitalizadas. Método: Pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida com 11 enfermeiros de uma instituição que atende crianças e adolescentes com câncer, em São Paulo. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para coleta de dados e o **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)** como estratégia de análise. Resultados: Foram identificados seis DSC, que evidenciam o reconhecimento da importância da TAA no cuidado à criança pelo enfermeiro, que se mostra receptivo a essa prática, assim como o adulto que cuida dela. Ao refletir sobre a inserção da TAA na rotina da unidade, entende ser um diferencial para a instituição,

reconhecendo seus benefícios para a criança, família e profissionais, embora alguns enfermeiros discordem. Considerações Finais: A inserção do animal no hospital é uma prática viável, que deve ser estimulada, sendo o papel do enfermeiro primordial na sua promoção.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Assistida por Animais ; Criança; Criança Hospitalizada; Enfermagem Pediátrica; Humanização da Assistência.

ANIMAL-ASSISTED THERAPY: NURSES' EXPERIENCE WITH THE USE OF THIS PRACTICE IN A CANCER HOSPITAL.

ABSTRACT: Objective: Understand the experience lived by nurses about the use of animal-assisted therapy (AAT) with hospitalized children. Method: Descriptive-exploratory survey, with qualitative approach, developed with 11 nurses from an institution for children and teenagers with cancer, in São Paulo. Semi-structured interview was used for data collect and the Discourse of the Collective Subject (DCS) as an analysis strategy. Result: Six DCS were identified, which shows the recognition of the AAT's importance, when used by nurses, to take care of children, in which both show receptiveness to this practice. When reflecting about the insertion of the AAT in the unity's daily

basis, it is understood to be a differential for the institution, recognizing its benefits for the child, the parents and the professionals, even though some nurses disagree. Final considerations: The insertion of animals in the hospital is a viable practice, which should be stimulated, being the role of the nurse a crucial factor in its advancement.

KEYWORDS: Animal Assisted Therapy; Child; Child, Hospitalized; Pediatric Nursing; Humanization of Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A relação entre ser humano e animal existe há muito tempo. Os animais despertam o interesse, a atenção e o afeto das pessoas, desde a infância até a velhice, desempenhando papel importante em suas vidas, seja como animais de estimação e companhia ou, ainda, como terapeuta (GARCIA, 2000; REED; FERRER; VILLEGAS, 2012).

A Terapia Assistida por Animais (TAA) é uma estratégia complementar que consiste em uma intervenção direcionada, individualizada e com critérios específicos, na qual o animal é parte integrante no tratamento. Deve ser aplicada e supervisionada por profissionais da saúde devidamente habilitados, podendo ser desenvolvida com qualquer faixa etária e em diversos locais: hospitais, ambulatórios, casas de repouso, clínicas de reabilitação e de fisioterapia, escolas (KOBAYASHI et al, 2009; SILVEIRA; SANTOS; LINHARES, 2011).

Na TAA, o principal elemento é o emprego de animais (cachorros, gatos, coelhos, tartarugas, pássaros, entre outros) com a finalidade terapêutica de auxiliar no tratamento de pacientes. As visitas podem acontecer com a presença de um único animal ou um grupo deles, de espécies diferentes (GARCIA, 2000; SILVEIRA; SANTOS; LINHARES, 2011).

Os primeiros registros do uso da TAA aconteceram por volta de 1792, na Inglaterra, por William Tuke, empregada no tratamento de doentes mentais. No Brasil, surgiu com a psiquiatra Nise da Silveira, em 1946, quando fundou o Serviço de Terapêutica Ocupacional, no Rio de Janeiro, utilizando gatos como coterapeutas para os pacientes com distúrbios mentais (JULIANO; FIORAVANTI, 2009).

Muitos são os benefícios psicológicos e/ou fisiológicos obtidos por meio da TAA: diminuição da percepção da dor e ansiedade; redução da frequência cardíaca, da pressão arterial, dos níveis de colesterol e do estresse; melhora da coordenação motora e do relacionamento interpessoal, entre outros (VACCARI; ALMEIDA, 2007; KAWAKAMI; NAKANO, 2002).

Estudos mostram, ainda, que a presença dos animais no hospital contribui para diminuir o tempo de internação e melhorar o humor das equipes médica e de enfermagem (VACCARI; ALMEIDA, 2007). Ao favorecer o desenvolvimento da capacidade de se relacionar com outras pessoas, a TAA reduz o impacto e o estresse gerado pela hospitalização, fazendo com que o paciente colabore mais com o

tratamento, principalmente crianças (VACCARI; ALMEIDA, 2007; BUSSOTTI et al, 2005).

A visita de animais no hospital estabelece um clima de descontração entre os profissionais, crianças e familiares, sendo reconhecida com uma estratégia efetiva de humanização da assistência, estando em consonância com as diretrizes do Programa HumanizaSUS (PICADO; EL-KHOURI; STREAPCO, 2007; AZEVEDO et al, 2007; BRASIL, 2015).

Considerando os benefícios do uso da TAA apontados na literatura, este estudo propõe-se a investigar o impacto desta prática para os profissionais em instituições hospitalares, especialmente, os enfermeiros. Como estes profissionais percebem a presença do animal nas unidades em que atuam e as repercussões desta atividade para a criança, adolescente, familiares e equipe de saúde?

2 | OBJETIVO

Compreender a experiência vivenciada pelo enfermeiro em relação ao uso da terapia assistida por animais com crianças e adolescentes hospitalizados na unidade em que atua.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em uma instituição não governamental de grande porte, que atende crianças e adolescentes com câncer, no município de São Paulo.

O estudo foi desenvolvido com 11 enfermeiros, selecionados segundo os seguintes critérios: atuar em unidades onde ocorrem visitas de animais (ambulatório de quimioterapia e consultórios médicos), ter presenciado a visita do animal em seu cotidiano e concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado segundo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada gravada, a fim de possibilitar a sua transcrição literal, sendo agendada no período de trabalho do profissional, conforme sua disponibilidade. Para a entrevista, utilizou-se um roteiro com dados pessoais e profissionais dos entrevistados e três questões norteadoras sobre a sua experiência em relação à TAA.

A coleta dos dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein e da Universidade Federal de São Paulo (CAAE nº 42378815.3.0000.0071).

Para a análise dos dados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), um procedimento de organização de dados discursivos provenientes dos depoimentos

verbais, que se fundamenta na teoria da Representação Social (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013; LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

A representação social é um esquema sociocognitivo, por meio do qual as pessoas podem emitir, no seu cotidiano, juízos ou opiniões. Trata-se de uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, de uma realidade comum a um conjunto social (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

A técnica do DSC consiste em: analisar os depoimentos verbais coletados; selecionar as expressões-chave (ECH) de cada discurso, que são trechos literais do discurso que revelam a essência de seu conteúdo; identificar as ideias centrais (IC) de cada uma dessas expressões-chave, nomeando-as de forma simples; identificar as ancoragens que revelam os sentidos presentes em cada uma das respostas; e agrupar as ECH's semelhantes, reorganizando-as por similaridade de sentido para formar um discurso-síntese, construído na primeira pessoa do singular (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013; LEFEVRE; LEFEVRE, 2003; GONDIM; FISCHER, 2009).

4 | RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido com 11 enfermeiras, entre 25 e 41 anos de idade (média = 31,4 anos). Em relação ao tempo de formação acadêmica, predominou o período de 4 a 6 anos e 11 meses (36%), assim como o tempo de experiência na área oncológica (46%) e de atuação na instituição (46%), sendo que todas possuíam título de especialista da área.

A partir dos relatos das enfermeiras, foram constituídos seis DSCs, apresentados a seguir. Os trechos discursivos referentes a cada um deles serão identificados com a sigla DSC, seguida do número arábico de 1 a 6.

4.1 Reconhecendo a importância da TAA no cuidado da criança

Para a enfermeira, o ambiente hospitalar é percebido pela criança como assustador, devido aos procedimentos dolorosos e desconfortáveis realizados, gerando sentimentos negativos. Entretanto, a presença do animal torna o ambiente descontraído, aliviando o estresse infantil.

“Normalmente consigo perceber a criança ansiosa por estar no hospital e isso acaba gerando certo estresse a ela, trazendo, assim, sentimentos de medo e angústia... Porém, através do trabalho realizado com o cachorro Joe, eu sinto que isso muda... consigo vê-la alegre, entretida, tranquila, distraída e sempre apresentando uma reação positiva” (DSC 1).

Com a chegada do animal na unidade, a criança parece esquecer todo o seu sofrimento durante a quimioterapia, abandonando a atitude de passividade e passando a interagir intensamente com o animal e as outras crianças à sua volta.

“Eu entendo que, para ela, é a oportunidade de vivenciar algo diferente e o momento de esquecer algo ruim que esteja acontecendo, como a náusea, o vômito e a dor.

Algumas delas, quando estão recebendo a quimioterapia, ficam mais abatidas, desanimadas e preferem ficar no seu cantinho. Mas, na hora que abre a porta do elevador e o Joe sai, uma criança vai chamando a outra e, assim, o recebem como um grande amigo e sempre com muita festa. Apesar da criança já conhecer como que é a visita do Joe, ela quer tirar fotos, quer brincar e quer passa a mão no cão...” (DSC 1).

Os efeitos da visita do cão são percebidos mesmo após o seu término, principalmente em relação ao comportamento mais relaxado das crianças, que se mostram mais colaborativas.

“Após a visita do Joe, eu percebo que as crianças ficam mais calmas, tranquilas e colaborativas para situações de punção de cateter ou instalação de quimioterapia, exatamente por ficarem envolvidas e alegres com o que acabaram de vivenciar... Enquanto estão empolgadas, me contando como foi passar a mão, subir e brincar com o Joe, permitem que os procedimentos aconteçam tranquilamente...” (DSC 1).

4.2 Percebendo a receptividade dos familiares em relação à visita do animal

Inicialmente, na fase de implantação da visita de animais na instituição, os enfermeiros percebiam menor receptividade das famílias quanto à presença do animal na unidade. Entretanto, com o passar do tempo, ao constatarem os benefícios para as crianças, tornavam-se mais favoráveis a esta prática.

“Há algum tempo, houve resistência por parte de alguns pais em relação à visita do Joe. Porém, hoje, eu não vejo mais. Pelo contrário, os familiares gostam, apoiam e também incentivam que a visita do Joe aconteça... até sentem falta quando ele não pode vir, justamente por perceberem a boa aceitação dos filhos” (DSC 2).

Um dos fatores considerado pela enfermeira como importante na maior aceitação da visita dos animais pelos familiares é a sua atuação na abordagem das famílias, esclarecendo dúvidas sobre a TAA.

“Já pude perceber que, quando passo segurança de como que a visita do cão acontece, que é de forma segura e controlada, os familiares ficam tranquilos e aprovam... que todo tipo de distração e entretenimento para a criança é importante e sempre bem-vinda” (DSC 2).

Para o profissional, a presença do animal faz com que os pais se sintam felizes ao constatarem a alegria do filho nesse momento, levando-os a reconhecer esta iniciativa como importante no tratamento e passando a interagir melhor com suas crianças.

“Eu sinto que os pais ficam felizes com a presença do Joe e com a alegria que ele consegue passar para todos... Em alguns momentos, eu já consegui presenciá-los interagindo através de conversas e, também, da observação de seus filhos, enquanto estão brincando com o cão, compartilhando, assim, as situações parecidas. Os familiares reconhecem que essa proposta do uso do animal para o tratamento da criança é um agregado importante, pois traz alegria e tranquilidade em meio a tantas dificuldades ” (DSC 2).

4.3 Reconhecendo os benefícios da visita do animal também para a equipe de saúde

A visita do animal evidencia-se como algo inovador para o profissional que ainda não vivenciou esta experiência antes. Percebe-se curioso diante do primeiro contato com o animal e surpreendido ao constatar os resultados.

“Pensar na presença de um cachorro dentro do hospital era muito estranho e eu não acreditava muito. Porém, de tanto ouvir falar do trabalho realizado com o Joe, a minha curiosidade pelo dia da visita se aflorou. E, então, quis saber como que funcionava e o que realmente acontecia, fora ver a reação das crianças. Fui surpreendida logo após o primeiro contato. O Joe é dócil, educado e muito carinhoso. A partir daí, a minha visão mudou. Criei um vínculo forte com ele e com o trabalho que realiza... que é algo magnífico, além de conseguir ver uma melhora significativa no quadro clínico da criança” (DSC 3).

O profissional mostra-se preocupado com o bem-estar da criança e faz uma reflexão positiva sobre a visita do cão no que se refere aos comportamentos que evidenciam esse bem-estar.

“Eu sempre visio à saúde e o bem-estar da criança e, com a visita do animal, ela tem a oportunidade de experienciar sentimentos e reações melhores em relação a tudo o que está vivendo, devido um tratamento longo, como o da quimioterapia... Acho que a presença do Joe faz com que a criança saia um pouco da lógica da doença, da dor e da tristeza. É gratificante saber deste tipo de terapia e poder apoiar para que aconteça na unidade em que atuo” (DSC 3).

Os profissionais entrevistados percebem que se beneficiam com a presença do cão, especialmente por estarem sempre mais próximos da criança na realização dos cuidados.

“Para a equipe, o ambiente se torna mais agitado pela presença do Joe, porém fica mais alegre e divertido. A vinda dele tem ótima aceitação de todos os profissionais, principalmente para o enfermeiro, que está no cuidado diário da criança e que compreende os medos e temores expressados por elas...” (DSC 3).

Outro aspecto a considerar é a grande satisfação para o profissional ao ver que a criança está alegre e se divertindo em um momento tão crítico de sua vida.

“É uma experiência excelente e muito gratificante quando consigo ver o Joe fazendo a alegria e a diversão das crianças nesse período mais crítico... isso me traz uma felicidade imensa, além do Joe conseguir mudar o jeito de se trabalhar ou encarar aquele dia” (DSC 3).

A visita do cão representa um momento especial para o profissional, ao promover o alívio da tensão e do estresse diante das experiências difíceis que vivencia em seu cotidiano.

“Às vezes, acontece o esgotamento profissional, por viver constantemente situações de perda de crianças das quais já me apeguei. E quando acontece à visita do cão na Quimioteca, muda-se um pouco essa perspectiva em relação a tudo o que está acontecendo, além de conseguir distração e interação com elas no cuidado do cachorro. O bem-estar e, também, o alívio da tensão e estresse acontece de forma natural, quando tenho o Joe brincando com as crianças ou me auxiliando no atendimento a ela. Pra mim, é um momento único e que eu adoro,

posso simplesmente definir a minha experiência com o Joe em uma palavra... Fantástico!" (DSC 3).

4.4 Refletindo sobre a inserção da visita do animal na rotina da unidade

Para o enfermeiro, a presença do cão na unidade não interfere em sua rotina de trabalho, auxilia-o no atendimento da criança, principalmente durante os procedimentos.

"Posso afirmar que a visita do cachorro aqui na unidade, em termos de rotina, não me impede de realizar nada. (...) Ele ajuda no cuidado e no atendimento da criança, principalmente quanto à realização de alguns procedimentos.... Às vezes, ela está ansiosa e com medo, mas com a presença dele (cão), acabam permanecendo mais tranquilas.(...) Quando o Joe está por perto, ela fica distraída brincando e acaba nem percebendo... Então, um procedimento que seria estressante para ambas as partes se torna totalmente diferente" (DSC 4).

A visita do animal na unidade costuma ser tranquila e divertida para o enfermeiro, melhorando a interação entre os profissionais, as crianças e seus familiares.

"O Joe é dócil, educado e respeita os nossos limites... Ele permanece quietinho, mesmo com a agitação das crianças em tentar acariciá-lo. Consigo sentir que o clima do ambiente fica mais agradável, alegre, divertido e agitado. Mas é exatamente pela presença dele e porque as crianças querem logo chegar perto... Eu nunca tive nenhum problema durante a permanência do Joe. Pelo contrário, é um momento de maior interação entre os profissionais, as crianças e também os pais, já que estamos todos unidos em prol de uma só causa, a recuperação da criança" (DSC 4).

4.5 Entendendo que a visita do cão é um diferencial para a instituição

O enfermeiro percebe que a instituição é favorável à realização desta atividade em suas unidades, reconhecendo-a como um diferencial na assistência prestada em nosso meio.

"Dentro de qualquer hospital, há diversos cuidados e precauções para barrar fatores externos que tragam danos aos pacientes. Entretanto, o GRAACC acredita que é possível acontecer a visita de um animal para a criança de forma segura, tornando-a como um grande diferencial da instituição... E os dias no hospital podem se tornar diferentes, alegres e divertidos. Essa estratégia lúdica que a instituição disponibiliza e que está sendo utilizada como auxílio no tratamento da criança, está trazendo bons resultados e só tende a crescer..." (DSC 5).

A TAA é reconhecida pela enfermeira como uma estratégia genuína de humanização da assistência à saúde, além de possibilitar a vivência de novas experiências importantes para o desenvolvimento infantil.

"Eu consigo enxergar a terapia com o animal como um ato de amor e de humanização na assistência direta a criança, permitindo-a viver novos sentimentos e novas experiências. (...) Então, a partir do momento em que a instituição dá abertura pra esse tipo de ação, isso faz com que haja uma mudança no jeito de se trabalhar e de perceber as crianças naquele dia, exatamente por permitir vê-las bem, se divertindo e passando uma energia positiva pra todos" (DSC 5).

4.6 Não reconhecendo benefícios para a criança na visita do cão

Nem sempre a presença do cão é reconhecida pelo profissional como benéfica para a criança, não percebendo mudanças significativas no comportamento da criança diante desta prática.

“Mesmo com o Joe na Quimioteca, eu não consegui perceber uma mudança no comportamento ou nas atitudes da criança frente a procedimentos que iria ser realizado... As crianças que não gostam do animal vão continuar não gostando, mas as que gostam vão acabar se divertindo e se interagindo melhor. Em relação a um procedimento específico e imediato, eu não acredito que a visita do Joe vá mudar o comportamento ou atitude dela” (DSC 6).

5 | DISCUSSÃO

Estudos apontam que ao se estabelecer o convívio da criança com o animal, os benefícios logo podem ser notados, pois ela torna-se capaz de criar um elo de cumplicidade, confiança, cuidado, proteção e segurança, havendo melhora significativa na sua qualidade de vida (MENDONÇA et al, 2014; CHAGAS et al, 2009). Esses mesmos benefícios foram identificados também pelos enfermeiros entrevistados no presente estudo.

Um ambiente hostil e assustador, com diversos procedimentos dolorosos, como o hospital gera temor e ansiedade na criança (REED; FERRER; VILLEGAS, 2012). Os resultados deste estudo mostram que, para o enfermeiro, os sentimentos negativos são amenizados ao longo do tempo em que o cão permanece interagindo com a criança.

Vale ressaltar que esses benefícios nem sempre são percebidos pelos enfermeiros, como foi evidenciado no relato de um dos entrevistados. Entretanto, existe vasta literatura sobre os diversos benefícios desta prática, alguns já citados anteriormente, e outros, que merecem destaque. O animal proporciona à criança momentos felizes e divertidos, permitindo que guarde em sua memória apenas as boas lembranças da convivência com o cão (VACCARI; ALMEIDA, 2007; KAWAKAMI; NAKANO, 2002).

A familiaridade estabelecida entre a criança e o animal é capaz de fazê-la desenvolver o instinto de responsabilidade para o cuidado do animal. A partir dessa experiência, ela passa também a reconhecer as necessidades que não são somente as dela. Existe um sentimento de cumplicidade e união entre eles, ao permanecerem juntos nas brincadeiras e nas atividades (DOTTI, 2014).

A literatura mostra, também, que a criança consegue desenvolver-se intelectualmente a partir deste contato com o animal, e possíveis dificuldades relacionadas à memorização e concentração podem ser resolvidas a partir do estímulo oferecido a ela por meio desta atividade (DOTTI, 2014).

Sobre a pouca receptividade de alguns familiares em relação à TAA, percebida pelos enfermeiros deste estudo, ressalta-se que esta prática ainda é pouco divulgada e a permanência do animal em unidades pediátricas é vista como polêmica, perigosa e

capaz de transmitir doenças. Entretanto, os animais escolhidos para realizar este tipo de terapia são devidamente treinados e higienizados, minimizando, assim, os riscos aos pacientes (VACCARI; ALMEIDA, 2007; BUSSOTTI et al, 2005).

Crianças em quimioterapia possuem imunidade comprometida, preocupando, de maneira significativa, os pais em relação ao risco de infecção, gerando apreensão pela presença do cachorro no hospital. Um estudo sobre o uso da TAA em uma unidade pediátrica mostrou que duas crianças não puderam manter um contato prolongado com o animal devido o receio de seus pais quanto ao risco de adquirirem alguma doença (VACCARI; ALMEIDA, 2007).

Contudo, outra pesquisa desenvolvida com cachorros, gatos, coelhos e outros animais em unidade pediátrica provou o contrário, mostrando que a imunidade de crianças em quimioterapia tem uma estabilização, principalmente em função dos benefícios trazidos por eles. (PAIXÃO et al, 2007).

O vínculo estabelecido entre criança e animal permite que ela se sinta mais segura e consiga se expressar melhor em relação ao que está sentindo e vivendo, proporcionando-lhe bem-estar (BUSSOTTI et al, 2005; MENDONÇA et al, 2014).

As famílias de crianças com doenças crônicas empenham-se na busca da recuperação da saúde e da vitalidade de seus filhos (SOUZA; MELO, 2014). Lutam arduamente, em conjunto com a equipe de saúde, para que eles tenham as melhores opções para o enfrentamento do tratamento, que é longo e cansativo. Desta forma, aceitam que ações lúdicas e humanizadas da assistência, como a TAA, aconteça no âmbito hospitalar, no intuito de amenizar o estresse da criança. (NICOLA, et al, 2014; GOMES et al, 2014; MARINELO; JARDIM, 2013)

Para os profissionais entrevistados, a TAA é um método inovador, que pode ser utilizado a seu favor, especialmente em situações que demandem uma cautela maior, como nos procedimentos dolorosos. Diante disto, incentivam a visita do cachorro a unidade, pois ele atua como ligação entre a criança e o profissional, permitindo que o seu trabalho seja realizado com maior cooperação por parte dela. Achados muito parecidos foram encontrados na literatura (MENDONÇA et al, 2014; DEPIANTI et al, 2014).

A experiência dos enfermeiros aponta que o cão terapeuta, utilizado na unidade de quimioterapia e consultórios médicos, tem o papel de auxiliar nos atendimentos a crianças e adolescentes, proporcionando a eles, suas famílias e equipe de saúde, a oportunidade de inclusão para um cuidado compartilhado (MENDONÇA et al, 2014; GOMES; ERDMANN, 2005).

Segundo os enfermeiros do presente estudo, a TAA impacta positivamente no ambiente e, diferentemente do que podem pensar algumas pessoas, a presença do animal não interfere na rotina da unidade. A publicação de um relato de experiência reforça esse fato, ao descrever a situação em que o animal doméstico foi levado junto a sua “dona” que estava hospitalizada há alguns dias, através da solicitação do familiar e da própria enfermeira responsável pelo cuidado da criança. Apresentando-se

insegura, triste e com saudades de sua cachorrinha, ficou completamente emocionada ao receber a visita do animal, demonstrando grande satisfação e felicidade (BUSSOTTI et al, 2005).

É possível notar uma modificação no estado físico e emocional da criança ao abraçar e pentear o cão, aliviando o medo e a insegurança e reduzindo o choro em resposta ao desconhecido (BUSSOTTI et al, 2005).

No presente estudo, o enfermeiro reconhece o seu papel como fundamental no sentido de propiciar e assegurar que ações como a TAA concedam à criança e ao adolescente a chance de experienciar o amor, o carinho e a cumplicidade que o animal consegue proporcionar.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciaram que a TAA, na visão da enfermeira, contribui positivamente para uma comunicação eficaz entre criança e profissional no processo de negociação diária. A criança demonstra felicidade e alegria ao permanecer ao lado do cão na quimioterapia, mantendo-se mais tranquila e colaborativa nos procedimentos dolorosos. Percebe, também, uma mudança significativa no clima do ambiente, que se torna mais divertido e descontraído.

Embora as famílias de crianças e adolescente em tratamento quimioterápico mostrem-se receosos em relação à TAA, devido à queda da imunidade, o enfermeiro reconhece sua atuação como fundamental para tranquilizá-los, ao orientá-los sobre os cuidados observados quanto à permanência do cão na unidade. Além do mais, a visita do cão possibilita momentos de interação da família com a equipe, propiciando um cuidado compartilhado.

O enfermeiro também identifica as vantagens da TAA para si próprio, obtendo bem-estar ao aliviar a tensão e o estresse gerados pelas situações difíceis vividas no dia-a-dia.

Apresença do animal no ambiente hospitalar, evidencia-se como uma prática viável e que deve ser estimulada, sobretudo em função dos seus benefícios, destacando-se que o enfermeiro tem papel primordial na sua promoção.

AGRADECIMENTO

Ao Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC) e aos profissionais que participaram deste estudo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, D.M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Rev. Ciência e Cuidado em Saúde**, v.6, n.3,p:335-41, 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem>>

br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4018/2715> Acesso em 18 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Autor, 2015. Disponível em:< <http://www.saude.gov.br/humanizasus>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Autor, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 18 de fevereiro de 2019.

BUSSOTTI, E.A. et al. Assistência individualizada: posso trazer meu cachorro? **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.2,p:195-201, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/10.pdf>> Acesso em 18 de fevereiro de 2019.

CHAGAS, J.N.M. et al. Terapia ocupacional e a utilização da terapia assistida por animais (TAA) em crianças e adolescentes institucionalizados. *Revista da Crefito-6*. Disponível em: <<http://patasterapeutas.org/wp-content/uploads/2015/07/TO-e-adolescentes-institucionalizados.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

DEPIANTI, J.R.B. et al. Dificuldades da enfermagem na utilização do lúdico no cuidado à criança com câncer hospitalizada. **Revista de Pesquisa em Cuidado Fundamental**, v.6,n.3,p:1117-27, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3356/pdf_1367> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

DOTTI, J. **Terapia e animais**: atividade e terapia assistida por animais – A/TAA: práticas para organizações, profissionais e voluntários. São Paulo: Livrus, 2014.

FIGUEIREDO, M.Z.A.; CHIARI, B.M.; GOULART, B.N.G. Discurso do sujeito coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrbio Comum**, v.25,n.1,p,129-36, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

GARCIA, A. O emprego de animais na terapia infantil. **Pediatria Moderna**, 36(1/2),75-9, 2000. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=788&fase=imprime> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 26(1):20-30, 2005. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4537>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

GOMES, G.C. et al. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.18,n.2,p:234-40, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0234.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

GONDIM, S.M.G.; FISCHER T. O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, v.2,n.1, p:9-26, 2009. Disponível em:<<http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/viewArticle/75>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

JULIANO, R.S.; FIORAVANTI, M.C.S. **Terapia assistida por animais (TAA)**: revisão para profissionais da saúde. In: Malagutti W, Bergo AMA. Adolescentes: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Martinari, 2009. p. 421-36. Capítulo 24.

KAWAKAMI, C.H.; NAKANO, C.K. Relato de experiência: terapia assistida por animais (TAA) - mais um recurso na comunicação entre paciente e enfermeiro. **Anais... 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**, 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a010.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

PICADO, S.B.R.; EL-KHOURI, R.N.; STREAPCO PT. Humanização hospitalar infantil: intervenções musicoterapêuticas no centro Clínico Electra Bonini. **Pediatria**, v.29, n.2, p:99-108, 2007.

KOBAYASHI, C.T. et al. Desenvolvimento e implantação de terapia assistida por animais em hospital universitário. **Rev. Bras. de Enferm.**, v.62,n.4, p:632-6, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/24.pdf> > Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

MARINELO, G.S.; JARDIM, D.P. Estratégias lúdicas na assistência ao paciente pediátrico: aplicabilidade ao ambiente cirúrgico. **Rev SOBECC**, v.18, n.2, p:57-66, 2013. Disponível em:<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/Ano18_n2_%20abr_jun2013_2.pdf> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

MENDONÇA, M.E.F. et al. A terapia assistida por cães no desenvolvimento socioafetivo de crianças com deficiência intelectual. **Cadernos de graduações**, v.2, n.2, p:11-30, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1372> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

NICOLA, G.D.O. et al. Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. **Journal Res Fundamental Care Online**, v.6,n.2,p:703-15, 2014. Disponível em:<<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5091148.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

REED, R.; FERRER, L.; VILLEGAS, N. Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento complementar de doenças crônicas. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.20,n.3,[7 telas], 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a25v20n3.pdf> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

SILVEIRA, I.R.; SANTOS, N.C.; LINHARES, D.R. Protocolo do programa de assistência auxiliada por animais no hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45,n.1,p.:283-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/40.pdf>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

SOUZA, M.A.; MELO, L.L. (2013). Sendo mãe de criança hospitalizada com doença crônica. **REME Revista Mineira de Enfermagem** 17(2):362-7, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/655>> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

VACCARI, A.M.H.; ALMEIDA, F.A. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. **Einstein**, 5(2):111-6, 2007. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/419-Einstein5-2_Online_AO419_pg111-116.pdf> Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

TORNAR REFLETIDO O PRÉ-REFLETIDO: O CONTRIBUTO DA FENOMENOLOGIA PARA A DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

Carolina Miguel Graça Henriques
Maria Antonia Rebelo Botelho
Helena da Conceição Catarino

RESUMO: Neste artigo pretende-se tornar evidente o contributo dos estudos fenomenológicos para a disciplina de enfermagem, recorrendo para o efeito, a um estudo desenvolvido pelas investigadoras no domínio da transição para o papel maternal, ressaltando os aspetos conceptuais e metodológicos inerentes a este tipo de estudo. É dado foco ao ato de desocultar, procurando dar sentido, por meio de um ato de co-criação, à experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, onde emergem todas as implicações que decorreram nas suas vidas pela presença de um companheiro desviante, por uma história de consumos, por valorizarem um presente e por projetarem um futuro.

PALAVRAS-CHAVE: Fenomenologia; Experiência Vivida; Enfermagem; Transição; Papel Maternal.

REFLECTING THE PRE-REFLECTED:
THE CONTRIBUTION OF THE
PHENOMENOLOGY TO THE NURSING

DISCIPLINE

ABSTRACT: Abstract. In this article we intend to make evident the contribution of the phenomenological studies to the nursing discipline, resorting to a study developed by the researchers in the field of the transition to the maternal role, noting the conceptual and methodological aspects inherent to this type of study. Focus is given to the act of uncovering, seeking to give meaning, through an act of co-creation, to the lived experience of women with problems of addition to psychoactive substances, where all the implications that took place in their lives emerge through the presence of a deviant companion, for a history of consumption, for valuing a gift and for projecting a future.

KEYWORDS: Phenomenology; Living Experience; Nursing; Transition; Maternal role.

1 | INTRODUÇÃO

Através de encontros, a enfermagem tem a possibilidade de conhecer e compreender a dimensão humana, por meio da palavra, o outro, esse ser, narra estados físicos e estados de alma. Confrontando-se tantas e tantas vezes com o sofrimento e com a vulnerabilidade humana, é por meio da interpretação das narrativas do outro, que se constroem significados das experiências vividas por estes,

permitindo realizar um ‘cuidado’ de enfermagem significativo.

Heidegger, pensador de profundas definições sobre homem, elucida-nos de modo explícito sobre quem é este ente especial que existe em comum sobre a terra com outros seres, sejam estes homens, ou outros “simples” entes.

Centrando-se na reflexão sobre o ser, o conceito heideggeriano de homem, nomeado como *Dasein* (*pre-sença ou ser-aí, ser-no-mundo, ser-com-os-outros*), associa-se às concepções de angústia, autenticidade e inautenticidade, sendo a liberdade fator essencial ao homem, esse...um ser livre e capaz de vida autêntica, imerso na sociedade e preocupado com a construção do mundo a sua volta (Naves, 2009).

Para Heidegger (2006, p. 62), só o homem (*ser-aí*) existe, sendo este privilegiado, devido “*a aceitação do dom da existência que lhe entrega a responsabilidade e a tarefa de ser e assumir esse dom*”, uma vez que o homem só pode ser “*compreendido a partir da sua existência, da possibilidade (que lhe é própria) de ser ou não ser ele mesmo*”.

Configurando-se a situação do homem como *clareira do ser*, onde este se esconde e se revela, *Dasein*, é marcado pela pre-sença, a qual, só é possível com fundamento no ser-no-mundo em geral (Heidegger, 2006). A compreensão do ser-no-mundo como estrutura essencial da presença é que possibilita a “visão penetrante da espacialidade existencial da pre-sença” (Heidegger, 2006, p. 94). *Dasein*, este ser-no-mundo, é alguém que “espacializa”, por ser pre-sença no mundo no qual se encontra.

Para além destas características, o homem (*Dasein*) é um ser-no-mundo e um ser-com-o-outro, com consciência do eu, afirmação de si mesmo e da própria identidade, que interage com outros seres e se relaciona com estes, “*(...) o ser simplesmente dado é o modo de ser de um ente que não possui o carácter de pre-sença.*” (Heidegger, 2006, p. 165).

Consideramos que o pensamento heideggeriano possibilita a compreensão do indivíduo como ser com liberdade na construção do verdadeiro ‘eu’, sendo este um ser-no-mundo único em que a experiência vivida, nos permitirá aceder à relação e articulação que se estabelece entre o sujeito e o mundo, como realidade pré-refletida e autobiográfica, tendo por base o envolvimento integral do indivíduo com o mundo, vivida num determinado tempo, com consciência de si próprio, inteiro, situado, numa situação do mundo em particular (Dilthey, 1989).

A vida, entendida como um processo histórico e cultural, onde o homem dá sentido às suas experiências e vai construindo uma nova representação de si, enuncia que a experiência vivida é compreendida a partir de si própria, situada no contexto imediato da linguagem, costumes e formas jurídicas (Gadamer, 2004). A vida oferece ao Homem a experiência, em que através da sua compreensão, este se auto-apreende, regressa e se encontra a si mesmo.

Para Dilthey (1989) a experiência vivida é tida como objeto de estudo, em que o conjunto complexo de dados num todo indivisível, cria um corpo de conhecimentos

profundamente compreensivo e interpretativo. A experiência humana, assente numa história e numa cultura, perfaz a relação deste consigo próprio e com o mundo, em que a realidade pré-refletida faz com que o Homem tome consciência de si situadamente (Dilthey, 1989). Na vida, pela reflexividade e interioridade, o Homem dá sentido à sua existência, estruturando as suas experiências num todo organizado e que estas se constituem como lembranças duradouras (Gadamer, 2004).

Entendendo que as ciências humanas têm por objeto a realidade histórico social da vida humana (Dilthey, 1949), a experiência vivida como fenómeno de estudo e investigação, conceptualiza o ser humano como um ser com autoconsciência, soberania de vontade e com responsabilidade pelas suas ações "...una capacidade de someterlo todo al pensamiento y de resistir a todo dentro del castillo de la persona..." (Dilthey, 1949, p. 14).

Em Heidegger, o ato de desocultação, a abertura entre *Dasein* (*ser aí*) e os objetos que preenchem o mundo, desempenha a função da razão, portadora do real. A verdade está no combate entre a clareira e a ocultação, em que o próprio ser, a partir da sua essência, faz acontecer (Heidegger, 1977, 2008). Desta forma e sob um eixo interpretativo, os fenómenos são estudados nas situações vividas pelas pessoas, enfatizando a compreensão do significado que os indivíduos atribuem às suas ações, indo ao encontro da premissa da prestação de cuidados de enfermagem individualizados, assente numa filosofia de compromisso moral para com o outro (Weaver & Olson, 2006). Como ciência humana, a enfermagem debruça-se sobre as experiências humanas nos processos de saúde-doença, procurando a compreensão das mesmas, tal como são vivenciadas pelos indivíduos (Meleis, 2011; Watson, 2002, 2004, 2012), sendo os estudos fenomenológicos pedras basilares para o desenvolvimento da disciplina.

O enfermeiro ajuda os indivíduos a encontrarem significado na sua existência, promovendo o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença (Watson, 2002, 2004, 2012). Assim, compreender os focos que centralizam as experiências vividas dos seres humanos a quem os enfermeiros prestam cuidados, permitirá a estes profissionais ir ao encontro dos padrões de resposta e variabilidades das experiências humanas na saúde e na doença, fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e para a clarificação da disciplina de enfermagem (Carter & Little, 2007).

1.1 Do Ser-no-Mundo ao Fenómeno em Estudo: A Transição para o Papel Maternal

Perspetivando o Ser Humano como ser no mundo e com este, o homem é a porta de acesso ao ser sempre aberto para se tornar algo novo. O presente determina aquilo que ele pretende fazer no futuro, fora e diante de si, em que a temporalidade une a essência com a existência e o situa num passado e num presente.

Unitário no mundo da experiência vivida, os seres humanos são psicoativas

como sujeitos vivenciados nos processos de saúde-doença e os enfermeiros, profissionais que fazem parte destes mundos (Watson, 2002, 2004, 2012), tanto no acompanhamento destas situações (na saúde e na doença), “quanto na elaboração e significação posterior; na exploração cuidativa do sentido do vivido para quem o viveu” (Lopes, 2012, p.20). Partindo do entendimento de que o ser humano só pode ser compreendido a partir da sua própria existência, a experiência vivida (Dilthey, 1989) pelas mulheres aquando da gravidez, parto, pós-parto e primeiros anos de vida da criança, parecem ser determinantes para o conhecimento do ajustamento, adaptação e transição à maternidade e ao papel maternal, sendo que os enfermeiros deverão ser capazes de os compreender nas suas especificidades e diferenças neste processo (Watson, 2002, 2004, 2012).

Embora os conceitos de gravidez e maternidade sejam ainda hoje muito analisados por uma conceptualização naturalista (experiência natural, comum às mulheres, predisposição biológica para procriar) e essencialista (competências inatas para ser mãe), os mesmos devem ser explorados como processos vivenciados pelas mulheres (Monteiro, 2005), em que a gravidez se traduz pelo período que medeia a concepção e o parto, e a maternidade por um processo que se inicia no período pré-concepcional não havendo um término definido para a conclusão do mesmo. Centrando-nos no paradigma teórico em que se alicerça esta investigação, percebemos a necessidade de desocultar a experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas face à transição para o papel maternal, considerando-as como seres vivenciados, em que a enfermagem poderá contribuir para a compreensão do fenómeno, ocupando-se assim da resposta humana aos processos de vida (Meleis, 2011), com recurso a encontros significativos por quem os experiencia. Por outro, tendo por base o estudo da resposta humana, os enfermeiros deverão ser capazes de prestar cuidados de enfermagem significativos ao outro, ajudando-o a reorganizar-se no sentido da qualidade da sua saúde e da sua vida (Parse, 1998), em que o ser humano encontra o significado do vivido quando reflete sobre o mesmo.

Os cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos com problemas de adição a substâncias psicoativas de uma forma geral, e a estas mulheres em particular, deverão facilitar os múltiplos processos de transição com base nas suas experiências, nos seus contextos, nas suas recaídas e nos processos individuais de recuperação, com vista à sua autonomização (Rosa, Gomes & Carvalho, 2000).

1.2 Pressupostos Metodológicos

O objetivo geral deste estudo passou por compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho. Assim, atendendo à nossa problemática definimos como questão orientadora da nossa pesquisa: Qual é Experiência Vivida da Transição para o Papel Maternal de Mulheres com Problemas

de Adição a Substâncias Psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho?

Face à questão de investigação, entendemos que esta pesquisa se situa no paradigma qualitativo (Savin-Baden & Major, 2013), de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na hermenêutica de Gadamer, o que permitirá ao investigador o acesso ao fenómeno, à sua apreensão e compreensão, sendo que o mesmo tem início na experiência vivida do investigador no âmbito da sua atividade profissional. Trata-se ainda, de um estudo transversal e retrospectivo no que respeita à colheita de dados.

A fenomenologia hermenêutica é um método de reflexão sobre as estruturas básicas da experiência vivida. Experiência vivida significa que a fenomenologia reflete sobre a vida pré-refletida da existência humana (Van Manen, 2014). A fenomenologia hermenêutica heideggeriana, partindo do ser-no-mundo, possibilita-nos a busca de sentido por meio da interpretação. Assim, a partir da linguagem poder-se-á aceder à interpretação e compreensão do fenómeno, em que o “paradigma da ciência de enfermagem deve permitir que os fenómenos humanos sejam investigados” (Watson, 2002, p.20), assente num contexto ipsativo, transaccional, metafísico e humanístico, centrado na experiência humana em que a pessoa é o ponto de partida. A fenomenologia é, em certo sentido, sempre descritiva e interpretativa, linguística e hermenêutica, sendo uma via de acesso ao mundo como nós o experienciamos pré-refletidamente (Van Manen, 2014). Para Heidegger (2006, p.228) o “homem mostra-se como um ente que é na fala”, em que comunicar é um ato complexo que não se reduz apenas ao pronunciamento de enunciados apofânticos entre sujeitos isolados entre si, em que a comunicação tem de ser compreendida a partir da estrutura do *ser-aí* como *ser-com-o-outro* (Heidegger, 2012).

Enquanto ser compreensivo, o homem está mergulhado num tempo, num espaço e numa cultura que faz com que esteja imerso por preconceitos transmitidos ou construídos durante o seu existir, em que cada intérprete está imerso num conjunto de pré-juízos que fazem parte do seu ser (Gadamer, 1999). Só através dos seus próprios conceitos prévios, é que o homem se torna capaz de compreender algo, sendo que estes não dificultam ou limitam a compreensão dos fenómenos, pelo contrário, a postura hermenêutica passa por tornar claro esses pré-conceitos (Gadamer, 1999). Consciente disto, o intérprete clarifica e toma em consideração os seus pré-conceitos, possibilitando um novo encontro com o fenómeno a interpretar. Para Gadamer (1999), o processo interpretativo é sempre um encontrar-se, que se dá na abertura à alteridade da coisa que se busca compreender. É na fusão de horizontes, no encontro de dois momentos ancorados num processo dialógico, que a compreensão se realiza. O processo de compreensão não é estático, sendo que o conhecimento que proporciona é sempre atualizado “por intérpretes futuros” (Lopes, 2012, p.55).

Para Allen e Jenson (1990, p. 245), “o círculo hermenêutico de interpretação move-se para a frente e para trás, a começar no presente. O processo interpretativo

subjacente ao significado surge das interações, trabalhando para fora e para trás, de si para o acontecimento e do acontecimento para si.” A investigação fenomenológica permite-nos responder a questões de como a experiência dos seres humanos é vivida e como dá sentido à vida humana, possibilitando-nos compreender como se constrói a realidade tal como é experienciada pelos sujeitos (Smith, Flowers & Larkin, 2013).

Na investigação realizada, os sujeitos foram selecionados tendo por base o fenómeno em estudo, com papel ativo na pesquisa, tendo o investigador o objetivo de obter uma descrição densa do fenómeno em estudo (Smith, Flowers & Larkin, 2013). Procurando a compreensão da experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, partimos para encontros significativos com estas, por meio de uma escolha propositada e intencional (amostragem com propósito / proposital) orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem as três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), detendo estas um conhecimento aprofundado sobre as participantes, permitindo desta forma ao investigador atingir os objetivos do estudo e responder à questão de investigação.

Entendemos definir como critérios de elegibilidade para a participação no nosso estudo, mães com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que soubessem ler e escrever e que acordassem voluntariamente participar na nossa investigação.

Todas as participantes estavam ao abrigo de programas terapêuticos (substituição narcótica de opiáceos) no âmbito dos Centros de Respostas Integradas, desde o período pré-natal até ao momento da colheita de dados.

Não se pretendendo qualquer tipo de representatividade ou extrapolação, já que neste tipo de investigação o que se pretende é dar contributos significativos para a compreensão do fenómeno em estudo, definimos dez, o número mínimo de participantes.

Entendemos que a entrevista fenomenológica com uma abordagem não estruturada nos possibilitou uma descrição colorida do fenómeno, permitindo às participantes narrarem nas suas próprias palavras a sua experiência vivida do fenómeno, bem como a possibilidade de uma melhor interpretação da forma como o mesmo é experienciado pelas participantes do estudo.

1.3 O Processo de Análise dos Dados

Atendendo a que a hermenêutica opera sob a compreensão, alicerçada no processo interpretativo (Ricoeur, 1990b), é através da linguagem que se realiza o acordo entre o entrevistador e entrevistado permitindo o entendimento sobre o fenómeno em estudo (Gadamer, 1999). Após a realização de uma entrevista e sua gravação, o investigador procedeu à sua transcrição, associando as notas de campo tomadas

no decurso da mesma. Posteriormente à transcrição completa, o texto narrativo foi enviado às participantes, através de correio eletrónico e em alguns casos por correio, no sentido de estas validarem o processo de transcrição realizado pela investigadora. A investigadora posteriormente entrou em contacto telefónico com as participantes.

Com vista à apropriação dos dados, nenhuma entrevista foi realizada sem que a anterior tivesse sido transcrita. Isto, permitiu à investigadora deslocar-se no sentido da procura da compreensão do fenómeno e sua desocultação. “A linguagem é o médium universal em que se realiza a própria compreensão. A forma de realização da compreensão é a interpretação” (Gadamer, 1999, p. 566).

Após a validação da transcrição pelas participantes, os textos foram analisados com vista a retirar dos mesmos os aspetos não relacionados com o fenómeno em estudo, permitindo ao investigador procurar centrar-se no fenómeno em estudo, deixando de lado aspetos muito abstratos ou divagações relacionadas com outros assuntos. Segundo Benner, Tanner e Chesla (2009), isto permite recolher e destapar os fenómenos.

No processo de análise fenomenológica, o investigador mergulhou nos dados, fazendo leituras e releituras circulares dos mesmos (Smith, Flowers & Larkin, 2013), buscando a compreensão de cada dado em relação ao todo, e do todo em relação a cada dado (círculo hermenêutico).

Com vista a orientarmo-nos no processo de análise dos dados acedidos pelas entrevistas recorreremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990) em que o investigador se voltou para a natureza da experiência vivida, dedicando-se e concentrando-se no fenómeno do seu interesse e que nos compromete com o mundo, considerando, por isso, a investigação da experiência tal como se vive, mais do que como se conceptualiza. Através deste processo, o investigador acede às “estruturas da experiência” (Van Manen, 1990, p. 78), procurando construir os temas fenomenológicos com base na experiência vivida e narrada.

O investigador assume que a fenomenologia é o método para chegar às estruturas do significado das experiências vividas. Este método, denominado de redução, consiste em dois movimentos opostos que se complementam um ao outro (Van Manen, 2014). Num movimento, procurar-se-á colocar entre parêntesis (*Epoché* ou *Bracketing*) as ideias preexistentes ou preconcebidas do investigador face ao fenómeno. Num outro movimento, em sentido contrário, procurar-se-á a essência do fenómeno em estudo através da redução (*Reduction*), em que se pretenderá uma descrição rica da experiência face ao fenómeno em estudo e a sua tradução “através de *clusters*, *insights* ou conjunto de temas a partir da compreensão dos relatos” (Moreira, 2002, p.47; Van Manen, 2014, p.215).

1.4 A Ética de Lévinas

Do ponto de vista ético, seguir a abordagem de Emmanuel Levinas parece fazer-nos sentido, em que a responsabilidade e igualdade face ao outro e à sua experiência,

alicerçam o encontro face a face, em que o outro é sempre o desconhecido, e é no momento do encontro “no acolhimento do rosto (acolhimento que é já da minha responsabilidade a seu respeito e em que, por consequência, ele me aborda a partir de uma dimensão de altura e me domina), instaura-se a igualdade” (Levinas, 2014, p.192).

A responsabilidade “... não é um simples atributo da subjetividade, como se esta existisse já em si mesma, antes da relação ética. A subjetividade não é um para si: ela é, mais uma vez, inicialmente para o outro” (Levinas, 2013, p. 88). Contribuindo para o nascimento da subjetividade Levinas remete para a alteridade, em que o Outro “desperta o eu para as suas próprias e singulares responsabilidades” (Alves, 2012, p.43).

Assim, atendemos ao direito à autodeterminação das participantes em estudo, garantindo que foram salvaguardados os direitos dos indivíduos que desejavam ou não participar autonomamente no estudo, informando-as que podiam abandonar a investigação a qualquer momento; o direito à intimidade, assegurando que nenhuma informação privada é dada a terceiros; o direito ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que as transcrições das entrevistas não identificam as participantes, e que os dados pessoais e íntimos não serão partilhados sem autorização das mesmas. Em termos éticos e tendo em conta a natureza da nossa investigação, procurou-se atender aos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Walker, 2007).

O acesso às participantes realizou-se através de uma escolha intencional orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem as três Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da Região Centro de Portugal (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências).

Neste estudo foram tidos em consideração todos os procedimentos formais e éticos (aprovação pela comissão de ética da Administração Regional do Centro – Portugal) necessários no que diz respeito ao pedido de autorização para a realização da investigação e sua aprovação.

2 | O ENCONTRO COM O FENÓMENO

Da *invisibilidade*, estas mulheres procuraram na gravidez a possibilidade da transcendência e de mudança. Se de forma planeada e não desejada a gravidez surge na vida destas mulheres, é com ambivalência mas com forte ligação e vinculação ao seu bebé que carregam e fazem a viagem até ao momento do trabalho de parto e parto e que finalmente se encontram com o *Outro*.

“Eu no início não sabia que estava grávida. Tinha uma vida muito complicada, queria era curtir e andar por aí. (...) Ele um dia disse-me: “eh pá, temos que arranjar ‘guito’ para sustentar isto. Podias era começar a andar aí na estrada para fazermos

dinheiro!” Eu vi-me desesperada, a precisar também de consumir para andar bem-disposta...fui para a estrada. Ao início foi horrível, senti que não era eu, mas quando comecei a ter dinheiro e a poder comprar a droga para consumir, foi mais fácil. Estava alienada! (...) Queria ter podido limpar a minha vida, mas já não dava.” (Irene – N4)

“(...) mas depois conforme ela ia crescendo dentro de mim foi, eh pá, foi uma paz... uma coisa maravilhosa...ai! (...) Gostava de dormir agarrada à minha barriga quando ela já estava grande e sentir a bebé a mexer, é uma coisa maravilhosa, doutora. (...) Eu falava para a minha filha, desabafava com ela, ela estava ali comigo, dentro de mim.” (Dora - N1)

É no *tempo do encontro*, que esse *Outro* as leva a sentirem a diferença no cuidar, medo, felicidade e amor, havendo espaço para sentimento de tristeza quando separadas daquele *Outro* que as possibilitava encontrarem-se com o seu *Eu*.

“(...) estava farta de dores mas também ao mesmo tempo, fogo, estava feliz, queria ver a minha filha, abraçá-la, queria ver a minha filha, a gravidez durou séculos.” (Dora – N1)

Na *consecução de seu ser*, estas mulheres exprimem o sentirem-se mães e a capacidade de cuidarem dos seus filhos, quase sempre atormentado por uma história de vida passada onde esteve presente um companheiro desviante e um futuro incerto, onde as exigências encetadas no mesmo, a (possibilidade de) institucionalização do filho, a vigilância por parte de outros e o estigma social em relação à capacidade em serem mães, as fazem exprimirem-se com tristeza e revolta.

“Quando a bebé estava lá eu é que fazia tudo, nos primeiros dias eles é que queriam fazer e eu disse eu quero a minha filha, eu quero fazer. (...) Uma enfermeira lá no hospital então disse-me, anda cá, anda cá, estica os braços vá, tens de aprender, não pode ser só a ver. Eu fiquei tão contente, eu é que lhe dava banho, trocava as fraldas, dava de comer, tudo, tudo, eles não faziam quase nada, tratavam dos outros. Isto era muito importante para mim, eu aprendi a fazer e a minha filha sentia que era eu.” (Dora – N1).

Se na *possibilidade da consecução do papel maternal* gravitam de forma transicional para a identidade em serem mães, estas mulheres continuam a culpabilizarem-se por uma história de vida passada e todas as consequências que esta determinou em suas vidas e de seus filhos, sentindo por isso, necessidade de cortar com um passado ainda muito presente. Se a percepção do estigma social em relação à capacidade em serem mães é enfatizado por estas mulheres, é com o sentimento de orgulho e de vínculo ao seu filho, que estas se sentem mães e com capacidade para cuidarem dos seus filhos, evocando aqueles que foram capazes de cuidarem delas.

“Uma coisa que me marcou, foi que quando eu tive o meu filho eu era a toxicodependente e a outra senhora que estava lá também a ter o bebé, não era. (...)! É como lhe digo, fazem muita distinção!” (Aurora – N14).

Pela necessidade de ajustamento ao fenómeno da maternidade, de adaptação e na experiência simultânea de uma transição desenvolvimental, situacional e de saúde-doença, a consecução maternal faz-se, para estas mulheres, num passado e numa história de consumos, em que o projeto de maternidade é presente, fortemente

alicerçado na díade mãe-filho. Procurando valorizar o momento presente e numa necessidade quase constante de projetar o futuro, as participantes desta investigação salientam o sentimento de quando e quanto se sentiram cuidadas e o seu inverso.

3 | CONCLUSÕES

Com o objetivo de compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas, desde a gravidez ao primeiro ano de vida do filho, procurámos desocultar o fenómeno da transição para o papel maternal nestas mulheres revelado nas temáticas: ‘O Situar-se na História de Consumos’, ‘O Sentir-se Investida/Cuidada’, ‘O Situar-se no seu Passado’, ‘O Sentir-se Desinvestida/Não Cuidada’, ‘O Situar-se na Díade Mãe-Filho’, ‘O Valorizar o Presente e Projetar o Futuro’ e ‘O Situar-se no Projeto de maternidade’.

Entendemos que fenómeno estudado e a abordagem metodológica para aceder ao mesmo, possibilitou o acesso ao mundo vivido de mulheres num contexto de especial enfoque para a atuação do enfermeiro.

Partindo de um ambiente familiar instável e na presença de um companheiro desviante, estas mulheres vivenciam a gravidez com ambivalência, vislumbrando na mesma a oportunidade de mudança. Do trabalho de parto e parto, emergem das suas narrativas as dores sentidas, associadas ao sentimento de felicidade, amor e vínculo aos seus bebés, ancorados simultaneamente no medo de alterações/malformações no bebé e na tristeza de separação mãe/filho.

Focalizando-as para o período pós-parto, estas mulheres exprimem-nos a culpa por uma história de vida passada e uma necessidade premente em cortar com este, onde o orgulho em sentirem-se mães e a capacidade de cuidarem dos seus filhos se engaja na ligação/vinculação aos seus bebés.

Do primeiro ano de vida de seus filhos, estas mulheres voltam a enfatizar todas as implicações que decorreram para as suas vidas pela presença de um companheiro desviante, manifestando revolta face às exigências de um futuro, em relação às instituições e técnicos de segurança social e perante a (possibilidade de) institucionalização do filho. Procurando projetarem-se no futuro, as mesmas expressam o sentir estigma social em relação à capacidade em serem mães e o sentir-se vigiadas por outros.

Com este estudo, os enfermeiros poderão aceder à experiência vivida destas mulheres e com estes achados melhorar a sua atividade assistencial a estas, ou a outras mulheres, tão iguais e tão diferentes destas.

Este estudo teve como finalidade a exploração da variabilidade infinita de maneiras de como uma mulher, em situação de vulnerabilidade acrescida, pode expressar e sentir-se como mulher e como mãe, para que se possa compreender as mudanças que decorrem durante a gravidez, parto e nascimento dos filhos, tornando a experiência contextual e significativa destas mulheres visível, para que estas possam

ser consideradas como um recetor ativo das ações do cuidador, nomeadamente, dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Por outro, esta investigação poderá contribuir para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem específicas face à problemática em estudo, tal como de programas e projetos terapêuticos neste domínio.

Procurando neste artigo espelhar o contributo da fenomenologia para a disciplina de enfermagem, é claro que a fenomenologia possibilita-nos a teorização sobre a forma de pensar e 'praticar' enfermagem e a reflexão sobre as essências do vivido, obrigatoriamente com um forte alicerce sobre os pressupostos ontológicos e epistemológicos que integram a disciplina de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALLEN, M. N.; JENSON, L. (1990). **Hermeneutical inquiry, meaning and scope.** *Western Journal of Nursing Research*, 12(2), 2411-253.

ALVES, M. (2012). **Da Fenomenologia à Ética: Uma Breve Análise desde o Pensamento de Levinas.** *Thaumazein*, Ano V, 10, 43-52. Recuperado de <http://sites.unifra.br/thaumazein>

BENNER, P., TANNER, C.; CHESLA, C. (2009). **Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics.** New York: Springer Publishing Company.

BICCA, L. (1997). **Ipseidade, Angústia e Autenticidade.** *Revista Síntese*, Belo Horizonte, v.87, n. 24 (76).

CANAVARRO, M. (2001). **Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento.** In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

CARDOSO, A. (2002). **Fulgurações do Eu. Indivíduo e singularidade no pensamento do Renascimento.** Universidade de Lisboa. Faculdade de Letras: Edições Colibri.

CARTER, S.; LITTLE, M. (2007). **Justifying knowledge, justifying method, taking action: epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research.** *Qualitative Health Research*, 17(10), p. 1316-1328.

DILTHEY, W. (1949). **Introduction a Las Ciencias Del Espiritu.** Fondo de Cultura Economica. México: Buenos Aires.

DILTHEY, W. (1988). **L'édification du monde historique dans les sciences de l'esprit**, Paris, Cerf, p.5. 4 GS, VII, p. 87.

DILTHEY, W. (1989). **Introduction to the Human Sciences. An Attempt to Lay a Foundation for the Study of Society and History.** (R., Bezantos, Trans.) Detroit: Wayne State University Press.

GADAMER, H-G. (1999). **Verdade e método I: traços fundamentais de mais uma hermenêutica filosófica.** Traduzido por Flávio Paulo Meurer. Bragança Paulista, SP: Universitária São Francisco; Petrópolis: Vozes.

GADAMER, H-G. (2002). **Verdade e Método II.** Complementos e Índice. Petrópolis: Vozes. 78.

- GADAMER, H-G. (2004). *Truth and Method*. London: Continuum Publishing Group, 56 et. seq.
- GILES, T. R. (1975). *História do existencialismo e da fenomenologia*. Trad. Antônio Paim. São Paulo, EPU.
- HEIDEGGER, M. (1977). *Der Ursprung des Kunstwerks*. Tradução de Maria da Conceição Costa (2008). A Origem da Obra de Arte. Lisboa: Edições 70.
- HEIDEGGER, M. (2006). *Ser e Tempo*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original de 1927).
- LAVERTY, S. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 1-29.
- LEÓN, E. (2009). **The hermeneutic turn on Martin Heidegger's phenomenology**. *Revista polis*. Universidade Bolivariana, 22. Recuperado de <http://www.revistapolis.cl>
- LÉVINAS, E. (2013). *Ética e Infinito*. Lisboa: Edições 70.
- LÉVINAS, E. (2014). *Totalidade e Infinito* (3.^a ed.). Lisboa: Edições 70.
- LOPES, J. (2012). *Ser Cuidado por Um Enfermeiro Gestor de Caso. A Experiência Vivida da Pessoa com Problemas de Adição*. Tese de Doutorado em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7296>
- MAKKREEL, R.; RODI, F. (Eds.). (1985). **Wilhelm Dilthey: Selected Works. Poetry and Experience**, Volume V. New Jersey: Princeton University Press
- MANTZAVINOS, C. (2005). *Naturalistic Hermeneutics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MELEIS, A. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins.
- MERCER, R. (2004). **Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment**. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- MONTEIRO, R. (2005). *O Que Dizem As Mães: Mulheres Trabalhadoras e suas Experiências*. Coimbra: Quarteto Editora.
- MOREIRA, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thompson.
- NAVES, G. (2009). **Liberdade e Autenticidade em Martin Heidegger: Uma Análise Fenomenológica do Homem**. *Poros*, Uberlândia, 1(1), 63-77.
- NEWMAN, M., SIME, A.; CORCORAN-PERRY, S. (1991). **The Focus of the Discipline of Nursing. Advances in Nursing Science**. Aspen Publishers, 14(1). In E. Polifroni & M. Welch (1999). *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing. An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- NUNES, B. (2002). *Heidegger & Ser e Tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- PARSE, R. (1998). *The Human Becoming School of Thought*. California: Thousand Oaks.
- RICOEUR, P. (1913). *Tempo e narrativa*. Tradução Marina Appenzeller: Revisão técnica de Maria Penha Villela-Petit. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
- RICOEUR, P. (1986). *Du texte à l'action: essais d'hermeneutique II*. Paris: Seuil.

- RICOEUR, P. (1990). *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- ROSA, A.; GOMES, J.; CARVALHO, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de Cuidar*. Coimbra: Formasau.
- SANTOS, J. (2013). *A linguagem na hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer*. *Revista Pandora Brasil*, nº57, 83-98.
- SAVIN-BADEN M.; MAJOR C. (2013). *Qualitative Research. The essential guide to theory and practice*. New York: Routledge.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing – Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott: Williams & Williams.
- TORRES, A. (2010). *Fotografia e Desocultação da Memória*. Apresentação do livro do Prof Inácio Rebelo de Andrade. Recuperado de http://www.adelinotorres.info/filosofia/adelino_torres_fotografia_e_desocultacao_da_memoria.pdf
- VAN MANEN, M. (2014). *Phenomenology of Practice. Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. California: Left Coast Press, Inc.
- WALKER, W. (2007). *Ethical considerations in phenomenological research*. *NurseResearcher*, 14(3), 36-45.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WATSON, J. (2004). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis.
- WATSON, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2ªEd. United Kingdom: Copyrighted Material.
- WEAVER, K.; OLSON, J. (2006). *Understanding paradigms used for nursing research*. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4).

TRANSIÇÃO DO PREMATURO PARA O DOMICÍLIO: A DINÂMICA FAMILIAR

Marisa Utzig Cossul

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem
Brasília-DF

Aline Oliveira Silveira

Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem
Brasília-DF

Monika Wernet

Universidade Federal de São Carlos,
Departamento de Enfermagem
São Paulo – SP

Maria Aparecida Gaiva

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem.
Cuiabá - MT

RESUMO: A prematuridade é um problema de saúde pública que afeta a vida da criança e da família. Famílias que estão integrando o cuidado da criança prematura à sua dinâmica podem vivenciar situações difíceis, vulnerabilidade e sofrimento. Objetivou-se compreender como a transição do prematuro para o domicílio afeta a dinâmica familiar, na perspectiva materna. Foram realizadas entrevistas em profundidade com 9 mães de crianças nascidas prematuras. A análise considerou as etapas do método da Pesquisa de Narrativas e o referencial teórico do Interacionismo Simbólico. Foram

identificados dois amplos núcleos temáticos: *medo e funcionamento familiar e necessidade de apoio*. A dinâmica familiar foi alterada durante toda a experiência da prematuridade, a qual é permeada de sentimentos negativos e dificuldades. O nascimento prematuro impôs desafios à família e a integração do cuidado no domicílio ocorre gradativamente. Redes de apoio pessoais e institucionais destacaram-se como facilitadoras da superação das dificuldades na integração do prematuro.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-Nascido Prematuro; Relações Familiares; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Alta do Paciente.

PREMATURE TRANSITION FOR HOME: FAMILY DYNAMICS

ABSTRACT: Preterm birth is a public health issue that concerns the life of the child as well as the child's family. Families who are integrating early child care into their lives may experience difficult situations, vulnerability and suffering. This work aims at: understanding how the transition of the premature infant from home care can affect the family dynamics. For this matter, in-depth interviews were conducted with 9 mothers of premature infants. The analyses considered the steps of the Narrative Research method and the theoretical

framework of Symbolic Interactionism. Two broad thematic were identified: *fear and family functioning* and *need for support*. Preterm birth inflicts additional challenges to the family and the integration of the home caring happens gradually. The role of personal and institutional support networks is highlighted as facilitators of insertion of the premature infant in the family dynamics.

KEYWORDS: Premature; Family Relations; Neonatal Intensive Care Unit; Patient Discharge.

1 | INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro, ocorrido anterior à 37^a. semana gestacional, apresenta tendência crescente no mundo, correspondendo a mais de 10% do total de nascimentos, cerca de 15 milhões por ano (WHO, 2012). O Brasil é o décimo país com maior número absoluto de nascimentos pré-termo, com prevalência oficialmente estimada em 9,2% (WHO, 2012), dado concebido como subestimado.² Estudo de correção estimativa desta informação traz a prevalência nacional como de 11,7% (SILVEIRA et al., 2013).

O nascimento prematuro, com a comum internação da criança em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) impacta a família e sua dinâmica de forma abrupta e inesperada, instaurando um momento de crise com necessidade de enfrentamento (PIVA et al., 2017; VIANA et al., 2018)

Os tempos em UTIN são difíceis à família, as interações lá vivenciadas reforçam a criticidade da criança e o dever moral à mãe e família de aprenderem o cuidado da mesma (VIEIRA et. al, 2018; MARSKI et al., 2016). O acolhimento das necessidades parentais e familiares ficam subsumidas, sendo premente caminhar para o “*alinhamento entre as condições físicas e humanas destes ambientes sociotécnicos e as necessidades e características parentais [...]*” e familiares (AMORIM et al., 2016).

Há o reconhecimento familiar da necessidade da internação da criança para a manutenção de sua vida, contudo emergem medos, angústia e tristeza pela situação e pela incerteza dos desfechos (SANTOS et al., 2017). A alta da UTIN é sempre muito aguardada mas, imersa em sentimentos contraditórios, como de alegria, ansiedade, medo, dúvidas e inseguranças diante da vinda da criança para casa e da assunção de seu cuidado (FROTA et al., 2013; GONZÁLEZ; ESPITIA, 2014). A chegada do prematuro no domicílio exige reorganização do funcionamento da família, afetando todos os seus membros (CUSTODIO et al., 2013).

Este estudo objetiva compreender como a mãe percebe a dinâmica familiar na transição do prematuro para o domicílio.

2 | METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa desenvolvido no período de julho de 2014 a julho de 2015, na cidade de Brasília – DF. Os participantes foram captados no

Ambulatório de Pediatria: Crescimento e Desenvolvimento do Hospital Universitário de Brasília (HUB), serviço de referência para o seguimento do prematuro após a sua alta da UTIN. Os critérios de inclusão ao estudo foram: ser mãe de criança nascida pré-termo egressa de uma unidade neonatal hospitalar; ter idade superior a 18 anos; estar criança nascida pré-termo em acompanhamento ambulatorial e ser sua idade inferior a dois anos. Como critérios de exclusão adotou-se não residir no mesmo domicílio da criança; não ser a cuidadora principal da criança.

Para a coleta dos dados utilizou-se da entrevista aberta em profundidade e de informações de instrumento ('ficha da família') com caracterização da família e criança utilizado pelo serviço ambulatorial mencionado. As informações da ficha permitiram obtenção de dados sobre a saúde da criança e composição familiar.

A entrevista em profundidade ocorreu no próprio ambulatório e teve como pergunta disparadora: *como têm sido para sua família cuidar do (nome do prematuro) em casa, desde a saída dele da UTIN?*. No decorrer da entrevista foram introduzidas perguntas para aprofundar a compreensão das mudanças; dos padrões de organização; das dificuldades ou facilidades enfrentadas para a integração do prematuro à dinâmica familiar. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas em sua íntegra para ser analisada. A duração média de cada uma delas foi de 40 minutos.

A análise apoiou-se no referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS) pelo favorecimento que ele dá para o conhecimento dos fundamentos e causas das ações humanas, sob o entendimento de que o ser humano define e age na situação de acordo com significações ali estabelecidas, as quais são processadas e atualizadas na interação social (BLUMER, 1969).

A pesquisa de narrativa na perspectiva holística com ênfase no conteúdo foi o referencial metodológico adotado, de forma que o texto derivado da transcrição das entrevistas sofreu: (1) leituras iniciais e de aproximação para identificação de temas circunscritos ao fenômeno em exploração; (2) posteriormente leituras reiterativas e reflexivas com vistas a conteúdos estruturantes do fenômeno, quando trechos foram destacados e extraídos; (3) análise interpretativa e indutiva do material destacado na etapa anterior (LIEBLICH; TUVAL-MASHIACH; ZIÇBER, 1998; GREENHALGH, 2005).

A pesquisa foi aprovada por comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob o número de CAAE 25150913.1.0000.0030 e parecer de número 563.031. Todos os participantes expressaram sua anuência livre e esclarecida mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com respeito a todas as recomendações e princípios éticos relativos à pesquisa com seres humanos. Os trechos de narrativas foram identificados com as letras 'M' de mãe, seguido de número arábico de acordo com a ordem de entrada no estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das famílias

Participaram do estudo 9 mães de crianças nascidas prematuras. Todas as crianças nasceram no HUB. As características da família estão representadas no Quadro1.

	Composição	Características do Prematuro ao nascer	Tempo de Hospitalização	Tempo de Cuidado Domiciliar	Idade dos Pais	Escolaridade dos Pais
1	Mãe, pai e 6 filhos	IG*: 33s e 5d Gemelar Peso 1: 1.800g Peso 2: 1.430g	56 dias	9 meses	Mãe: 35 anos Pai: 36 anos	Mãe e Pai: Ensino Fundamental
2	Mãe, pai e um filho	IG: 33s Peso: 1.700g	40 dias	4 meses	Mãe: 34 anos Pai: 30 anos	Mãe: Ensino Médio Pai: Ensino Fundamental
3	Mãe, pai e um filho	IG: 32s Peso: 1.815g	18 dias	1 ano e 3 meses	Mãe: 27 anos Pai: 26 anos	Mãe: Ensino Médio Pai: Ensino Superior
4	Mãe, pai e dois filhos	IG: 34s e 1 d Peso: 2.355g	2 dias	1 ano e 20 dias	Mãe: 30 anos Pai: 40 anos	Mãe: Ensino Superior Pai: Ensino Médio
5	Mãe, pai e uma filha	IG: 30s e 5d Peso: 900g	90 dias	10 meses	Mãe: 34 anos Pai: 23 anos	Mãe e Pai: Ensino Médio
6	Mãe, pai e uma filha	IG: 27s e 5d Peso: 1.050g	87 dias	1 ano e 3 meses	Mãe: 27 anos Pai: 27 anos	Mãe: Ensino Médio Pai: Ensino Fundamental
7	Mãe, pai e uma filha	IG: 32s Peso: 1000g	60 dias	8 meses	Mãe: 26 anos Pai: 34 anos	Mãe e Pai: Ensino Médio
8	Mãe, pai e cinco filhos	IG: 28 semanas Peso: 700g	20 dias	1 ano e 4 meses	Mãe: 34 anos Pai: 38 anos	Mãe: Ensino Fundamental Pai: Ensino Fundamental incompleto
9	Mãe, avó, avô, filha e pai	IG: 36 semanas Peso: 2.100g	14 dias	7 meses	Mãe: 25 anos Pai: 49 anos	Mãe e Pai: Ensino Fundamental

Quadro 1: Caracterização das famílias participantes do estudo.

*IG=Idade Gestacional em semanas (s) e dias (d).

A partir da análise das narrativas maternas foram identificados dois núcleos temáticos centrais, que refletem o impacto da prematuridade na dinâmica familiar e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela família na transição para o domicílio.

Tema: Medo e funcionamento familiar

O medo e insegurança permeiam a experiência familiar desde o diagnóstico da chance de nascimento prematuro da criança até os tempos explorados neste estudo relativo à transição para o domicílio. Tais sentimentos estão e são potencializados ao longo da estada na UTIN, como desdobramento das interações com os profissionais de saúde, nas quais há a ênfase para a criticidade e fragilidade da criança, inclusive em termos de problemas de saúde e risco de morte. Estes foram os medos mencionados de forma prevalente pelas mães antes do nascimento e ao longo da internação da criança. Identifica-se que os medos afetam as decisões familiares em termos de funcionamento. O manejo do medo tem correlação direta com a forma como a família se organiza e se adapta com vistas ao seu próprio bem-estar.

Há mães cujo sentimento de medo foi tão grande que ficaram literalmente paralisadas, com dificuldades para entrar em contato mais direto com a realidade da criança e seu cuidado. Neste contexto apontam incipiências no acolhimento emocional com vistas ao enfrentamento e assinalam o contínuo reforço nas interações com os profissionais de saúde da importância e necessidade de um cuidado vigil e atento.

[...] Quando eu fui ganhar o médico falou que talvez ele (filho) não iria sobreviver, então ficou aquilo né... Então acho que faltou um pouco da parte emocional, como cuidado [...] por que eu não conseguia entrar na UTI sozinha, eu entrava, chorava muito... não conseguia foi a questão mais... eu sozinha mesma que comecei, que consegui a ter mais contato com ele [...] Foi complicado, porque além de ele ser pequenininho, não tinha peso, eles (profissionais) me deixaram com medo, que ele (filho prematuro) podia desidratar, então eu tinha aquela neura né, da comida (ordenha do leite materno) e tudo [...] Eles (profissionais) só falavam para tomar cuidado que ele (filho) ia desidratar se desidratar, que ele podia morrer [...] (M3)

Testemunhar a recuperação, crescimento e desenvolvimento da criança é gratificante e compensador e, de certa forma, ameniza as consequências paralisantes e de insegurança vividos inicialmente diante do medo. Ou seja, as evidências de estar a criança respondendo positivamente ao cuidado atenua/neutraliza os efeitos negativos do medo e favorece a continuidade de construção de respostas à situação vivida.

[...] Olha no começo eu tinha muito medo, muito medo de ele (filho) nascer com algum problema, esse medo acho que todas as mães, principalmente de bebês prematuro, têm... eu tinha medo de ele nascer com algum problema e de ele não conseguir superar esses problemas e eu passar por alguma decepção. Eu tinha muito medo de... morte, sabe assim? Essas coisas passam muito assim pela minha cabeça, mas hoje assim... eu ver o meu filho já rastejando, já conversando... e ele olha assim com gratidão, com olhar de gratidão, falando assim - olha obrigada por tudo que você passou por mim - , então hoje para mim é tudo. [...] (M4)

Porém, foi notório que o veiculado nas relações com os profissionais em termos de criticidade e risco da criança promove priorização do cuidado do prematuro em

detrimento a outras questões e tarefas da vida familiar. O cuidado vivido sob este entendimento traz sobrecarga física e emocional, em especial da mãe.

A transição para o domicílio é vivida como um momento de alívio à tensão sentida, mas sempre sob a pressão da preocupação de prover e garantir o cuidado adequado à criança. Nesta direção, sinalizam ir aprendendo no convívio com a própria criança, no exercício do seu cuidado. É esta ação que afere a mãe capacidade para reconhecer necessidades da criança e responder às mesmas. Deixam indícios que a presença apoiadora do profissional no contexto hospitalar não foi de suficiência nesta direção.

[...] quando chegou em casa deu para a gente dar uma respirada, só que é claro teve aquela coisa – meu Deus como eu vou me virar agora?... porque lá tinha sempre uma enfermeira me auxiliando qualquer dúvida eu ia perguntar... e em casa não, eu tive que aprender sozinha... a reconhecer as coisas, sabe? [...] (M2).

Na alta hospitalar, os profissionais, na ‘transferência’ da responsabilidade do cuidado da criança para a família, retomam e reforçam a ideia de fragilidade e vulnerabilidade da criança, com fortes e incisivas recomendações de restrições de contato com o entorno social e responsabilidades em termos de zelo.

[...] Foi... porque como o médico falou assim, que ia liberar a alta dela, que a gente não podia sair de casa com ela, não podia receber muita gente dentro de casa, então a gente cortou muita coisa por causa disso... porque ele falou assim que ele era um neném de cristal [...] então a gente foi deixando de fazer muitas coisas [...] (M5)

Com vistas ao melhor cuidado ao filho, as ações familiares são de: colocar a relação do casal em segundo plano; a mulher assumir com dedicação e afinco ao cuidado da criança, praticamente se abnegando e, por vezes deixando de trabalhar. É de responsabilidade e `dever` dela o cuidado do prematuro.

[...] quando eu ia fazer a comida eu já pensava, porque eu tinha que fazer logo a dele primeiro pra depois fazer a minha, aí mudou foi isso, porque eu sempre botava ele na frente, depois eu e meu marido... [...] Eu não dormia...eu botava ele pra dormir e parecia que ele nem estava respirando, eu ficava em cima dele tentando ouvir a respiração dele, de tão preocupada e de tão pequenininho, ele era muito pequenininho...demais... [...] Eu não tinha gosto nem de botar um brinco se não fosse pra cuidar dele primeiro... [...] Nem meu cabelo...nossa, eu desleixei com meu cabelo...eu vim cuidar do meu cabelo um tempo desse atrás...porque até meu cabelo eu deixei por ele, deixei pra mim cuidar dele, larguei tudo por ele...[...] (M8)

[...] o que pesou pra mim mesmo foi a estadia no hospital né...quando chegou em casa deu para dar uma respirada [...] Foi isso (a maior dificuldade), com relação a não dormir. Porque eu sou uma pessoa que se eu não dormir eu fico muito indisposta, fico acabada, fico até doente [...] eu tinha que amamentar né...tinha que amamentar ele o tempo todo e não dormia...isso teve para mim assim...chegou ao ponto que eu não tinha leite, por conta que eu estava no meu limite de não dormir [...] (M2)

[...] Assim...mudou tudo, eu trabalhava...aí eu parei de trabalhar para cuidar do neném, porque assim só eu que cuido dele [...] a rotina muda, tudo muda na nossa vida...tudo... [...] assim as...algumas pessoas se afastaram um pouco [...] (M9)

As crenças em relação ao prematuro, ao cuidado vigilante e excessivo e, à

responsabilização (familiar e dela própria) retroalimentam positivamente a sobrecarga física e emocional materna.

[...] A questão da dormida...é, de dormir. Quando ele ia dormir eu não conseguia dormir, eu ficava o tempo todo observando né...por conta que no hospital ele teve algumas reações né...de ser prematuro [...] Se tivesse um choro assim eu já me assustava e saía...e saía correndo pra tá perto dele...aí a dificuldade foi mais a questão do dormir mesmo... [...] (M4)

As transformações no funcionamento familiar descritas acima para garantir a continuidade do cuidado da criança em domicílio, sempre sob a preocupação de a criança não vir a ter complicações e reinternar, impõe à família, mas especialmente à mulher, uma vivência solitária e permeada por tensões. Como visto, demandam mudanças bruscas na reorganização de papéis, funções e atividades da vida diária. Impactam as relações entre o casal, entre pais e filhos e entre o núcleo familiar e sua rede social.

As manifestações aqui trazidas corroboram com outros estudos (CUSTODIO et al., 2013; HUTCHINSON; SPILLET; CRONIN, 2012; FROTA et al., 2013; PIVA et al., 2017; VIANA et al., 2018). A ansiedade e a incerteza vivenciadas durante a internação hospitalar se perpetuam durante o cuidado domiciliar, reforçando sentimentos de medo e insegurança, os quais podem ter origem em um acolhimento familiar deficiente desde o nascimento prematuro da criança até sua alta hospitalar e transição ao domicílio.²⁰ Por outro lado, a chegada do prematuro em casa representa a concretude da pertença do filho, gerando sentimentos de alívio e alegria (VIEIRA et al., 2018; CUSTODIO et al., 2013).

As lembranças dos períodos de sofrimento vividos durante a hospitalização marcam as mães, levando-as a acreditar que algo ruim pode acontecer ao seu filho, o que provoca limitações de cuidado e traz insegurança para o cotidiano, podendo gerar dúvidas quanto a sua capacidade de cuidar do prematuro (VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018; FROTA et al., 2013). O receio de que o abandono das práticas hospitalares ocasione prejuízos ao filho faz com que as mães, reproduzam as mesmas em domicílio (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012). O abandono da reprodução das práticas de cuidado de inspiração intensivista e biomédica ocorre de acordo com o desenvolvimento do cuidado junto à criança, na prática do mesmo (VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018; CUSTODIO et al., 2013).

As crenças parentais de fragilidade do prematuro, sentimentos negativos (medo e insegurança) e o período de hospitalização podem potencializar a dificuldade de criação de vínculos afetivos e a vivência do processo parental (VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018; PIVA et al., 2017). A prematuridade é uma experiência desafiadora que altera os ritmos naturais do nascimento, os relacionamentos pessoais e a dinâmica familiar (FROTA et al., 2013; ANJOS et al., 2012). A ida do prematuro para o domicílio impacta nas atividades da casa, uma vez que os pais reestruturam rotinas domésticas e sociais para atender as necessidades da criança (VIEIRA et al., 2018; CUSTÓDIO;

CREPALDI; LINHARES, 2014). A vivência da família com o prematuro no domicílio revela que a preocupação não está apenas na prática do cuidado em si, ocorrendo temor quanto ao bem-estar do pré-termo, fato que leva a uma insegurança tal, que interfere nos hábitos e rotinas de todos os membros da família (VIEIRA et al., 2018).

A mãe é quem mais negligencia o seu próprio bem-estar e projetos de vida. A maioria das mães deste estudo deixou suas relações de trabalho e de estudo para assumir o cuidado com quase que exclusividade do filho prematuro.

A percepção do recém-nascido como inacabado e frágil denota o risco de perda instantânea, potencializando sensações de angústia e insegurança, superproteção, vigilância constante e conseqüente priorização do cuidado do prematuro (ANJOS et al., 2012; VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018). O sofrimento vivenciado e os sentimentos negativos presentes durante o cuidado domiciliar levam a família, principalmente a mãe, a eleger o prematuro como centro do seu viver (VIEIRA et al., 2018).

Revisão-integrativa sobre alta hospitalar e cuidado domiciliar do pré-termo, caracteriza a atenção dispensada pela mãe ao bebê como tensa e intensa, devido à responsabilidade sentida, à auto exigência e o medo de que algo ruim possa acontecer à criança (CUSTODIO et al., 2013). Elementos de priorização do cuidado do prematuro e de negligência da mãe em relação a outros aspectos da sua vida, inclusive de autocuidado, também foram identificados.

A sobrecarga física e emocional na experiência de prematuridade é evidenciada em outros estudos (CUSTODIO et al., 2013; FROTA et al., 2013; ANJOS et al., 2012; VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018). A alta hospitalar e a chegada ao domicílio são momentos desejados, porém contribuem para o desgaste físico e emocional, principalmente materno (FROTA et al., 2013; VIEIRA et al., 2018). A prematuridade tem o potencial de influenciar negativamente a autoestima da mulher, tanto em relação à sua capacidade maternal quanto em relação a sua feminilidade. A crença de fragilidade biológica do prematuro e a sensação de que pode ocorrer morte iminente do bebê geram uma situação estressante e ansiogênica, podendo levar as mães a viverem um “aparente estado de luto” (ANJOS et al., 2012).

O conjunto de sensações e sentimentos vividos em associação com as crenças de fragilidade do prematuro e vulnerabilidade materna impulsionam e potencializam um ciclo de auto exigência e de sobrecarga física e emocional (VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018; PIVA et al., 2017; FROTA et al., 2013).

É importante dar suporte à família para que ela se mantenha enquanto unidade funcional e, nesta direção, os relatos denotam alcances quiçá individuais.

Tema: Necessidade de apoio

A necessidade e importância de relações colaborativas no seio da rede social está sinalizada como fundamental para o funcionamento familiar na integração do prematuro, desde os tempos em hospital. Neste sentido, as participantes destacaram

os profissionais de saúde e os membros de sua família.

Vivenciar a experiência solitariamente, sem o apoio da família é um estressor ao enfrentamento e torna o processo mais difícil. Determina à mulher sobrecarga física e emocional.

[...] Até no hospital era difícil alguém me visitar....porque eu não tenho ninguém aqui em Brasília [...] é mais difícil ainda né...quando tem a família para apoiar a gente ainda supera...mas, quando não tem... [...] (M6)

Os profissionais de saúde estão citados como apoio para algumas, sobretudo quando se fazem próximos, demonstram explícito interesse pela criança e família e reforçam disponibilidade para estar com eles e ser suporte.

[...] sempre teve muito apoio...eles (profissionais de saúde) perguntando o tempo todo se precisa de alguma coisa, se estava tudo bem, se ela estava desenvolvendo bem...então sempre tive muito apoio aqui (Ambulatório de Pediatria – HUB)...o postinho de lá (local onde reside) também, eles vão na casa da gente também, ver se tá tudo bem [...] (M5).

No contexto das relações intrafamiliares, o marido/ companheiro e os avós maternos, em especial a avó, estão destacados. Há famílias que se mudam para a casa destes últimos para garantir sua presença próxima e apoio.

[...] eu me senti segura porque eu estava com a minha mãe e o meu pai e eles me falaram que estavam do meu lado que iam me dar força [...] aí foi o que me fez ter mais fé ainda e mais força e ali um apoio né... (M8)

[...] até que, até que a gente mudou para casa da minha mãe para ela tá me ajudando [...] (M4).

Quanto ao companheiro/ marido, a conquista do espaço para ações de apoio a mulher correlaciona-se com a confiança dela no cuidado por ele ofertado à criança, bem como na percepção da intencionalidade dele em aliviá-la em termos de sobrecarga emocional e física. Alcançar esta relação com o cônjuge/companheiro contribui com a dinâmica familiar na integração da criança e seu cuidado.

[...] Ele (pai) segurava o neném melhor do que ninguém, maior coisa... ele agasalhava, segurava [...] aí eu me desabafava com ele e ele falava para mim, ele queria me...tipo, tirar o peso de mim [...] (M8)

Apesar destes recursos, percebem que os momentos iniciais em domicílio como de isolamento social, sustentado, sobretudo, pelos entendimentos de ser o prematuro vulnerável e susceptível a infecções. Transpor este período significa para a família voltar a ter uma vida 'normal' e, especificamente para a mulher congrega o sentimento de orgulho pela higidez da criança, pelo seu bom desenvolvimento. Tem no cuidado ofertado por ela como essencial para este desfecho. Merece destaque que todas as mulheres deste estudo deixaram seus trabalhos para se dedicarem exclusivamente ao cuidado da criança nascida prematura.

[...] Até passar aquele tempo de tudo, até ganhar imunidade a gente ficou realmente isolado, mas agora não...Tem uma vida normal, a única diferença é que parei de

trabalhar né...Eu me sinto orgulhosa, eu olho pra ele e vejo que ele está bem. É isso que eu sinto, orgulho de eu ter cuidado dele muito bem, porque ele quase não adocece, é uma criança muito agitada...me sinto orgulhosa! De ter dado conta! [...] (M3).

[...] Eu fiquei uns dois meses sem trabalhar... aí eu voltei a trabalhar. (M1)

Aquelas mulheres com outros filhos envolvem estes no cuidado do prematuro, de forma a integrar o cuidado de todos os filhos. Este processo de integração facilita o enfrentamento da situação em domicílio.

[...] E os outros filhos estranharam?. Não, eles ajudaram a cuidar deles (prematuros) [...] então, para mim eu achei normal é como se eu tivesse cuidando dos outros [...] (M1)

Contudo, mencionam o desejo de poder contar com um profissional para acolhê-las prontamente em suas dúvidas e incertezas, assim como em suas angústias e preocupações. Suas verbalizações sugerem que ficam em reflexão acerca da adequação do cuidado ofertado à criança.

[...] Se a gente tivesse é...como ter uma pessoa assim, profissional mesmo do seu lado, com certeza, sem dúvida era bem melhor...se tivesse um profissional mesmo, perto de você, pra te orientar [...] com certeza, um acompanhamento, principalmente psicológico né...pra tirar essas coisas (preocupações excessivas) da cabeça né [...] (M4).

A reestruturação familiar ou habilidade de realizar alterações no sistema familiar, diante de um evento estressor, como a prematuridade, relaciona-se diretamente com os recursos internos e sociais da família e as estratégias de enfrentamento utilizadas (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014).

A presença de redes bem estruturadas, principalmente da família extensiva, se apresentou como recurso importante para que as famílias alcançassem a integração do cuidado do prematuro à sua dinâmica. O apoio dos familiares favorece o enfrentamento dos medos, promove desenvolvimento da autonomia parental, de segurança e proporciona a sensação de alívio da sobrecarga física e emocional.

Estratégias como o envolvimento de todos os membros da família, inclusive os irmãos, no cuidado e a valorização do cuidado paterno promovem uma perspectiva positiva da situação, facilitam o enfrentamento e diminuem as barreiras e normalizam a integração do cuidado do prematuro à dinâmica familiar, gerando sentimentos de vitória e superação das dificuldades enfrentadas e auxiliando no reestabelecimento das relações, atividades e projetos que faziam parte da vida familiar antes do nascimento prematuro.

A presença de redes de apoio bem estruturadas, principalmente da família extensiva e dos profissionais de saúde, são recursos importantes para que as famílias alcancem a integração do cuidado do prematuro à sua dinâmica e superem os sofrimentos vividos com mais facilidade (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014; CUSTODIO et al., 2013). Na presente pesquisa os aspectos acima citados também

foram encontrados, os quais corroboram ainda com outros estudos semelhantes (FROTA et al., 2013; ANJOS et al., 2012; VIEIRA et al., 2018). O apoio social relaciona-se com suporte prático, institucional e emocional, tendo expressiva ligação com o reestabelecimento da dinâmica familiar e construção da autoconfiança parental (VIEIRA et al., 2018; CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014; FROTA et al., 2013).

O compartilhamento de experiências e de dificuldades pode propiciar às mães, sentimentos mais positivos em sua maternidade fragilizada (VIEIRA et al., 2018). As redes sociais de apoio podem ainda exercer influência no desenvolvimento do prematuro, ambientes com baixa responsividade, pouco envolvimento emocional e rede social composta por poucos membros podem refletir em risco para o pleno desenvolvimento do pré-termo (CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014). O apoio formal, dos profissionais, instrumentaliza a família com conhecimentos e práticas benéficas ao cuidado do prematuro (VIEIRA et al., 2018; VIANA et al., 2018; CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014; CUSTODIO et al., 2013) e deve buscar a integração com os saberes da família e da comunidade em geral, valorizando os aspectos positivos encontrados e, assim, promovendo um cuidado real (ANJOS et al., 2012).

O conjunto de crenças e sentimentos parentais negativos, e o ciclo de priorização do prematuro e de sobrecarga física e emocional podem gerar afastamento das redes sociais de apoio e dificultar o estabelecimento de estratégias efetivas para a integração das demandas do prematuro à dinâmica familiar. Por outro lado, a ausência de redes de apoio estruturadas e a descontinuidade do apoio institucional após a alta do prematuro, associadas à crença materna de que é a única responsável pelo cuidado, à inabilidade da família de compartilhar as atividades da vida diária e de buscar apoio fora de seu núcleo, são fatores que podem dificultar a trajetória do cuidado domiciliar e potencializar o sofrimento frente ao isolamento social e ao excesso de estressores nas relações familiares.

A falta e/ou a presença de redes de apoio social, pessoal e institucional desestruturadas geram travessias na busca por caminhos satisfatórios para enfrentamento do nascimento prematuro (VIANA et al., 2018; VIEIRA et al., 2018; CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014; CUSTODIO et al., 2013). Inúmeros fatores podem afetar o ciclo de interações satisfatórias entre pais e filhos, como o comportamento particular desses bebês e a dificuldade de estabelecimento de vínculo, prejudicando o desenvolvimento da identidade e autonomia parental (VIANA et al., 2018; VIEIRA et al., 2018; PIVA et al., 2017) e, conseqüentemente, dificultando o desenvolvimento de estratégias que possam facilitar a integração do prematuro à dinâmica familiar.

A condição crônica decorrente da prematuridade intensifica a complexidade de atenção pós-alta no espaço domiciliar e requer serviços de saúde aptos a atender às demandas específicas por cuidados requeridas por esta população (BRAGA; SENA, 2017).

4 | CONCLUSÃO

A dinâmica familiar sofre impactos importantes com o nascimento prematuro. As alterações têm início no conhecimento da gestação de alto risco, estão sob forte influência dos processos vivenciados na UTIN, os quais determinam o entendimento de ser o prematuro de risco e com necessidade de cuidado diferenciado. As crenças parentais e familiares sobre a prematuridade podem dificultar o enfrentamento da prematuridade, levando a sentimentos negativos (medo e insegurança), priorização do cuidado do prematuro e sobrecarga materna (física e emocional). A integração do prematuro na dinâmica familiar ocorre de maneira gradativa, podendo ser dificultada ou facilitada, de acordo com as estratégias de enfrentamento elaboradas pelos pais.

As redes de apoio sociais (pessoal e institucional) exercem expressiva influência durante o processo de enfrentamento da prematuridade, podendo auxiliar ou gerar entraves a esse processo. Estratégias positivas foram identificadas, como a inserção de todos os membros da família na realização do cuidado ao prematuro. O enfrentamento positivo levou a sentimentos de vitória e superação e volta gradativa das atividades familiares realizadas anteriormente ao nascimento prematuro, enquanto o enfrentamento negativo levou ao sofrimento e dificuldade de construção da autonomia e competência parental.

Os conhecimentos por parte dos profissionais sobre a temática podem nortear o cuidado dos profissionais de saúde e gerar subsídios para intervenções no acompanhamento das famílias de prematuros, auxiliando na elaboração de diversas estratégias que busquem amparar a família, facilitar o enfrentamento e tecer redes de apoio estruturadas.

Ainda são escassos os estudos sobre a dinâmica familiar no contexto da prematuridade, especialmente na experiência de transição para o cuidado domiciliar. Dessa forma, aponta-se a necessidade de novos estudos a partir de diferentes enfoques metodológicos, contextos culturais e grupos amostrais a fim de gerar conhecimentos complementares sobre a temática.

Este estudo tem o limite de ter apreciado um contexto específico, com um número de participantes limitado. Contudo, suas contribuições ao cuidado da família em termos de rede de relacionamentos e funcionamento familiar. Os achados reforçam a necessidade premente de se ampliar a presença da família nos serviços de saúde, assim como da presença colaborativa dos profissionais junto à elas.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Mariana et al. **Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: revisão dos guias portugueses.** Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 21, n. 8, p.2583-2594, ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802583&lng=en.%20http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>. Acesso em: 20 fev. 2019.

ANJOS, Lucy Sobieski dos et al. **Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta.** Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 65, n. 4, p.571-577, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672012000400004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400004>. Acesso em: 19 fev. 2019.

BLUMER, Hebert. **Symbolic interactionism: perspective and method.** EnglewoodCliffs: Prentice Hall; 1969.

BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseni Rosângela de. **Devir Cuidadora De Prematuro E Os Dispositivos Constituintes Da Continuidade Da Atenção Pós-Alta. Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.2-8, 17 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003070016>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e3070016.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

CUSTODIO, Natalia et al. **Discharge from the neonatal intensive care unit and care at home: an integrative literature review.** Reme: Revista Mineira de Enfermagem, [s.l.], v. 17, n. 4, p.992-999, 2013. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130071>. Disponível em: <file:///C:/Users/loja/Downloads/en_v17n4a17.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira; CREPALDI, Maria Aparecida; LINHARES, Maria Beatriz Martins. **Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. Estudos de Psicologia (campinas)**, [s.l.], v. 31, n. 2, p.247-255, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2014000200010>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000200010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 19 fev. 2019

FROTA, Mirna Albuquerque et al. **Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna.** Escola Anna Nery, [s.l.], v. 17, n. 2, p.277-283, jun. 2013. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452013000200011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011>. Acesso em: 19 fev. 2019.

GONZÁLEZ, Melva Patricia Ocampo; ESPITIA, Edelmira Castillo. **Caring for a premature child at home: from fear and doubt to trust. Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.828-835, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003280013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400828>. Acesso em: 20 fev. 2019.

GREENHALGH, T. **Narrative methods in quality improvement research.** Quality And Safety In Health Care, [s.l.], v. 14, n. 6, p.443-449, 1 dez. 2005. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014712>. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/dj;jsessionid=A9FDF92EBC1AC6265DF9E9CA9DEB755A?doi=10.1.1.129.9046&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

GREENHALGH, T. **Narrative methods in quality improvement research.** Quality And Safety In Health Care, [s.l.], v. 14, n. 6, p.443-449, 1 dez. 2005. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2005.014712>. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/dj;jsessionid=A9FDF92EBC1AC6265DF9E9CA9DEB755A?doi=10.1.1.129.9046&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

HUTCHINSON, Sharon W.; SPILLETT, Marydee A.; CRONIN, Mary. **Parents' Experiences during their Infant's Transition from Neonatal Intensive Care Unit to Home: A Qualitative Study.** The Qualitative Report, [s.l.], v. 17, n. 12, p.1-20, 19 mar. 2012. Disponível em: <<https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1793&context=tqr>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative research: reading, analysis and interpretation.** Thousand Oaks: Sage, 1998.

MARSKI, Bruna de Souza Lima et al. **Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai.** Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 69, n. 2, p.221-228, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690203i>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200221&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 fev. 2019

PIVA, Eloeth Kaliska et al. **Validación y clasificación de la escala de creencias de los padres de niños prematuros**. Acta Colombiana de Psicología, [s.l.], p.139-169, 2017. Editorial Universidad Católica de Colombia. <http://dx.doi.org/10.14718/acp.2018.21.1.7>. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v21n1/0123-9155-acp-21-01-00139.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SANTOS, Leidiene Ferreira et al. **Forças Que Interferem Na Maternagem Em Unidade De Terapia Intensiva Neonatal**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 26, n. 3, p.1-10, 21 set. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001260016>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SCHMIDT, Kayna Trombini; HIGARASHI, Ieda Harumi. **Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro**. Revista Mineira de Enfermagem, [s.l.], v. 3, n. 16, p.391-399, jul. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/loja/Downloads/v16n3a11.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

SILVEIRA, Mariângela F et al. **Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática**. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 47, n. 5, p.992-1003, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2013047004997>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0992.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

VIANA, Magda Rogéria Pereira et al. **Experiences of Premature Mothers Regarding the Kangaroo Mother Method / Vivência de Mães de Prematuros no Método Mãe Canguru**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 10, n. 3, p.690-695, 1 jul. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.690-695>. Disponível em: <<file:///C:/Users/loja/Downloads/6174-37769-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

VIERA, Cláudia Silveira et al. **Estresse materno e competência parental para o cuidado**. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 7., 2018, Brasil (fortaleza). Atas CIAIQ2018. [s.l.]: [s.i.], 2018. v. 2, p. 54 - 61. Disponível em: <<file:///C:/Users/loja/Downloads/artigo%203.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

WHO, World Health Organization (Org.). **Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. 2012. Disponível em: <https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

TREINANDO FUNCIONÁRIOS RECÉM-ADMITIDOS: DESAFIO PARA O ENFERMEIRO QUE ATUA EM UNIDADES PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Fabiane de Amorim Almeida

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert
Einstein
São Paulo, Brasil.

Fabiana Lopes Pereira Santana

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert
Einstein
São Paulo, Brasil.

RESUMO: Objetivos: Compreender a experiência vivenciada pelo enfermeiro em relação ao treinamento de profissionais recém-admitidos em unidades que atendem neonatos, crianças e adolescentes; identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro no processo de treinamento desses profissionais. Método: trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido nas unidades pediátricas e neonatais de um hospital privado, extra porte, da cidade de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e, para sua análise, utilizou-se a Análise Qualitativa de Conteúdo, como referencial metodológico, e o Interacionismo Simbólico (IS), como referencial teórico. Resultados: Três grandes categorias emergiram dos discursos analisados: Compreendendo a importância do enfermeiro no treinamento dos recém-admitidos na unidade; Entendendo como a enfermeira se prepara para treinar

peças em sua trajetória profissional; e Delineando as particularidades do processo de treinar. Considerações Finais: Este estudo possibilitou evidenciar a importância de que os treinamentos da equipe sejam realizados por enfermeiros, bem como as dificuldades em relação a sobrecarga de trabalho e as especificidades da unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência; Educação Permanente em Saúde; Treinamentos; Enfermagem; Capacitação.

TRAINING NEWLY ADMITTED EMPLOYEES: CHALLENGE FOR NURSES WHO WORKS IN PEDIATRIC AND NEONATAL UNITS

ABSTRACT: Objectives: Understand nurses experience in relation to the training of newly admitted professionals in units that attend newborns, children and adolescents; Identify the challenges faced by nurses in the training process of these new professionals. Method: it's a descriptive, qualitative study developed in the pediatric and neonatal units of a private, extra-sized hospital in the city of São Paulo, Brazil. Data were collected through a semi-structured interview and the Qualitative Content Analysis, as a methodological reference, and Symbolic Interactionism (SI) were used as a theoretical reference. Results: Three major categories

emerged from the discourses analyzed: • Understanding the importance of the nurse in the training of the newly admitted professionals in the unit; Understanding how the nurse prepares to train people in their professional trajectory and Outlining the particularities of the training process. Final Considerations: This study made it possible to highlight the importance of the team trainings being carried out by nurses, as well as the difficulties to provide training, in relation to the work overload and the specificities of the unit.

KEYWORDS: Humanization of Assistance; Permanent Education in Health; Training; Nursing; Education in Training.

1 | INTRODUÇÃO

Enfermeiros tem assumido, cada vez mais, atribuições de maior complexidade nos serviços de saúde, principalmente no que se refere à sua organização e coordenação. Esse fato exige transformações no perfil de competências destes profissionais, tendo em vista as demandas de saúde da população, que se tornam progressivamente mais diversificadas (SANTOS; CAMELO; SANTOS; SILVA, 2016).

A educação é uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade (BUCCHI; MIRA, 2010). Para os profissionais de enfermagem, o treinamento é essencial para o desempenho de suas funções, proporcionando crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, a melhora da qualidade da assistência prestada ao paciente (HARADA, 2011).

O processo de treinamento precisa estar alinhado às novas demandas do mercado. As empresas estão se reestruturando em um processo de transformação das instituições de saúde, desde sua política organizacional e filosófica até as formas operacionais, cada vez mais exigentes (REICHERT, 2007)

O envolvimento do enfermeiro com o aprendizado na unidade pediátrica e neonatal é imprescindível. Como treinador, ele precisa ter segurança e estar apto para a função de educador. A educação e o trabalho são práticas sociais e se completam quando relacionados entre si (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

As áreas de pediatria e neonatologia são consideradas específicas, pois exigem do profissional um conhecimento diferenciado que contemple as especificidades desta clientela. O treinamento admissional, nestas áreas, teria como objetivo, otimizar o desempenho da equipe no atendimento do neonato, criança, adolescente e suas famílias no hospital.

Diante disso, a equipe de enfermagem, no exercício de suas funções, precisa lidar com a sobrecarga de trabalho, tanto quantitativa, relacionada às várias demandas e responsabilidades, quanto qualitativa, referente à complexidade das relações humanas, estabelecidas com os pacientes, familiares e demais profissionais de saúde (HARADA, 2011).

O Treinamento Admissional (TA) é um processo sistematizado, com o objetivo

promover a adaptação dos novos colaboradores à instituição e desenvolver habilidades e competências, favorecendo a propagação de normas, rotinas, procedimentos e o seguimento de diretrizes assistenciais, para a prestação de uma assistência de qualidade (HARADA, 2011).

O TA foi desenvolvido com intuito de preparar os profissionais de enfermagem para ingressá-los ao serviço de saúde contratado. É um recurso que promove a adaptação do recém-admitido, no que se refere às normas, rotinas, contribuindo para a melhora da assistência e, principalmente, amenizando os anseios e as dificuldades encontradas pelo novo colaborador (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Devem fazer parte deste processo educativo, os enfermeiros que atuam na própria unidade de trabalho, uma vez que, enfermeiros para educação continuada nas instituições são escasso, dificultando o acompanhamento individualizado do recém-admitido e sua avaliação (VILELA; SOUZA, 2010).

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados com os pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (NEVES, 1996).

Assim, faz-se necessário um estudo para conhecer a realidade vivenciada pelos enfermeiros que estão envolvidos no treinamento de funcionários nas próprias unidades onde atuam.

Este estudo, portanto, propõe-se a discutir e analisar o desafio enfrentado pelo enfermeiro assistencial em relação à atribuição de treinar o profissional enfermeiro recém-admitido nas unidades pediátrica e neonatal.

Refletindo sobre esta problemática, surgiram alguns questionamentos que foram de grande valia para conduzir a investigação: Qual a percepção das enfermeiras sobre seu preparo para atuar como treinadoras nas unidades pediátricas e neonatais? Como esta atividade é percebida pelo profissional de enfermagem que participa do treinamento de funcionários? Quais as especificidades desse tipo de atividade para o enfermeiro assistencial envolvido no treinamento de enfermeiros recém-admitidos?

2 | OBJETIVOS

- Compreender a experiência vivenciada pelo enfermeiro em relação ao treinamento de profissionais recém-admitidos em unidades que atendem neonatos, crianças e adolescentes;
- Identificar os desafios enfrentados pelo enfermeiro no processo de treinamento desses profissionais.

3 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em unidades que atendem RN, crianças e adolescentes de uma Instituição privada, geral, extra porte, com 723 leitos ativos, situada no município de São Paulo, Brasil. É acreditado por instituições nacionais e internacionais, como Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission International* (JCI) e Organização Internacional de Normatização da Instituição (ISSO).

Participaram da amostra, enfermeiros sênior e pleno das UTIs pediátrica e neonatal, unidade de internação pediátrica e berçário de baixo risco, responsáveis pelos treinamentos admissionais dos recém-admitidos.

Os dados foram coletados pela pesquisadora, por meio de entrevista semiestruturada, agendada previamente, de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2016, após a apreciação do projeto pelo Sistema de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa (SGPP) da instituição, sob o número 2477-15, aprovação pela Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAEE: 51364015.5.0000.0071) e autorização das gerentes responsáveis pelas unidades acima citadas, onde os dados foram coletados.

Os enfermeiros foram abordados individualmente pela pesquisadora, em dia e horário agendado, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa e a forma de sua participação.

Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente lido e assinado pelo enfermeiro e pela pesquisadora, conforme Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente às recomendações para pesquisas com a participação de seres humanos. Por meio deste, foi garantido seu anonimato e a liberdade para não participar ou se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Após a transcrição na íntegra dos discursos obtidos nas entrevistas com as enfermeiras, os dados foram submetidos às etapas de codificação e categorização da Análise Qualitativa do Conteúdo.

No processo de categorização, os códigos são analisados, classificados e agrupados de acordo com suas características conceituais, determinando as categorias e suas subcategorias quando existirem.

Para compreender a experiência vivenciada pelos enfermeiros que treinam funcionários recém-admitidos em pediatria e neonatologia, utilizou-se o Interacionismo Simbólico (IS), como referencial teórico, e a Análise Qualitativa de Conteúdo, como referencial metodológico.

O Interacionismo Simbólico (IS) constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem entre si, que definindo situações agem no contexto social ao qual pertencem (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Essa é uma perspectiva útil e importante no estudo da vida social e oferece um ponto de vista humanístico, em que se percebem as pessoas como capazes de utilizar seu raciocínio e seu poder de simbolização para interpretar e adaptar-se flexivelmente às circunstâncias, dependendo de como elas mesmas venham a definir a situação (BLUMER, 1969).

A Análise Qualitativa de Conteúdo trabalha com o conteúdo, ou seja, com a materialidade linguística, por meio das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para sua interpretação. Fixa-se apenas no conteúdo do texto, sem fazer relações deste. Espera compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no texto, numa concepção transparente de linguagem (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Existem três modalidades de Análise Qualitativa de Conteúdo: a dirigida, a somatória e a convencional. Todas são utilizadas para interpretar o conteúdo do discurso, diferindo em relação aos esquemas de codificação, ou seja, organização, origens de códigos e confiabilidade (CAMPOS, 2004).

Neste estudo, será utilizada a análise de conteúdo convencional e os dados serão sistematicamente analisados, seguindo os passos a apresentados a seguir.

Codificação: “é o processo de familiarização com palavras, frases, temas ou conceitos persistentes na entrevista, capazes de possibilitar a identificação e análise das entrelinhas”. Nesta fase, são necessárias repetidas leituras para entender o senso de totalidade; então, o pesquisador passa a ler palavra por palavra para identificação dos códigos. Busca-se a palavra exata usada pelo entrevistado para captar os pensamentos e conceitos chaves, destacando-se trechos do texto e fazendo anotações, observando tudo o que lhe chama a atenção (CAMPOS, 2004).

Categorização: os trechos destacados na etapa anterior são agrupados em categorias e subcategorias, podendo ser classificados e comparados, verificando se um trecho pode encaixar-se em mais de uma categoria, buscando-se temas a partir da sua similaridade. Quando os dados passam a representar o fenômeno, um resumo é escrito para cada categoria, e estas são analisadas (CAMPOS, 2004).

Integração das Categorias: nesta fase, o objetivo é encontrar as relações e semelhanças entre as categorias e temas. O pesquisador deve-se perguntar: como as categorias estão relacionadas? Quais unidades de significado são recorrentes nos dados? Que conclusões podem ser tiradas? (Campos, 2004).

Descrição: neste momento, busca-se a integração dos dados, analisando-os e relacionando-os com anotações e demais dados referentes à pesquisa, observando a concordância entre eles (CAMPOS, 2004).

4 | RESULTADOS

A experiência resgatada a partir dos relatos destas enfermeiras está descrita nas categorias e subcategorias. Trechos dos discursos dos participantes serão utilizados

para ilustrar a apresentação das categorias e subcategorias, sendo identificados pela letra E (entrevista), seguida por algarismo arábico, correspondendo a cada uma das entrevistadas: (E1 a E10).

4.1 Compreendendo a importância do enfermeiro no treinamento de recém-admitidos na unidade

4.1.1 Reconhecendo como fundamental o papel do enfermeiro como treinador da equipe

As entrevistadas reconhecem ser essencial que os treinamentos sejam realizados por enfermeiras das próprias unidades estudadas. Além de transmitirem seus conhecimentos aos funcionários recém-admitidos, estes enfermeiros também adquirem novos conhecimentos na troca de experiências com estas pessoas. Relatam, ainda que o enfermeiro conhece a unidade em que trabalha, seus protocolos, seus clientes e sua rotina setorial, portanto, é o perfil adequado para assumir a função de treinar.

Eu acho que, o enfermeiro tem mesmo que receber estas pessoas que estão começando agora, que estão começando na instituição e orientar. (E1)

Nas entrevistas, os profissionais enfatizam o papel do enfermeiro como educador no treinamento de funcionários, em função do seu preparo na formação acadêmica.

Sim, é essencial que o enfermeiro (da unidade) treine...eu acho bom porque você conhece o perfil do seu funcionário mesmo antes de ele entrar [...] o enfermeiro é educativo, tem um papel na educação importante [...] porque o enfermeiro tem uma formação para educação né? Desde da época que você está estudando, você já é formado para educar as pessoas. (E8)

Os relatos evidenciam que a presença do enfermeiro no processo de treinamento da equipe de enfermagem, traz segurança para o novo colaborador, apontando que sua atuação, vai além de fornecer informações sobre procedimentos técnicos. É enfatizado a importância do acompanhamento do novo colaborador e a importância deste profissional em contextualizar o processo assistencial desenvolvido na unidade e suas especificidades.

Acredito que as informações fornecidas pelo enfermeiro vão além do procedimento técnico. [...] Nossas orientações sempre visam melhores resultados assistenciais [...]. (E3)

4.1.2 Assumindo a responsabilidade de treinar como enfermeira sênior ou pleno

Evidencia-se que a atividade de treinar nestas unidades é atribuída à enfermeira sênior, que fica responsável pelo treinamento dos novos enfermeiros. Entretanto,

enfermeiros pleno também treinam técnicos e estagiários, assumindo a função do sênior na sua ausência.

[...] na maioria das vezes, o enfermeiro recém-admitido fica com a sênior ou fica com a gente (enfermeira pleno,) na ausência dela. [...] então, quem é sempre referência de pessoas “júnior” é a enfermeira “sênior”. (E1)

4.2 Entendendo como a enfermeira se prepara para treinar pessoas em sua trajetória profissional

4.2.1 Identificando-se com a atividade de treinar

Percebeu-se que as entrevistadas sentem prazer em serem enfermeiras treinadoras e valorizam as trocas de experiência com as pessoas que estão sendo treinadas.

[...] eu gosto muito, porque eu gosto da área de treinamento e eu gosto da área de ensino [...] (E4)

A enfermeira enfatiza a importância da troca de conhecimento entre a sua experiência e o colaborador novo, e o quanto é importante para sua atualização na profissão e no seu desenvolvimento pessoal.

Na realidade isto é uma coisa que a gente sempre fez. [...] Na realidade eu gosto muito deste trabalho, de treinar, porque eu gosto de ser facilitadora, de trazer a pessoa, existe muita coisa para se aprender. (E6)

4.2.2 Refletindo sobre as suas experiências prévias ao ser treinada

Constatou-se uma certa dificuldade por parte das entrevistadas em relatar suas experiências prévias ao serem treinadas, principalmente quando o treinamento foi um pouco traumatizante. Enfatizam a preocupação em não repetir a mesma forma de atuação perante aos novos funcionários em treinamento. Sentiam-se inseguras e amedrontadas diante da postura rude e soberba da treinadora a qual estava subordinada.

O que me incomoda é quando você tem dúvidas e a pessoa que treina responde “... teve dúvidas, pergunta...”, e quando você vai perguntar “ah já te falei” [...] Nossa... novamente outra pessoa que vou ter que treinar. (E1)

4.2.3 Aprendendo a treinar pessoas com a experiência prática

O enfermeiro sênior sempre recebe esta função de treinar os novos colaboradores, conforme descrito em outra subcategoria. O tempo de formação e a experiência são contribuintes para esta função. Apenas um relato que a enfermeira foi preparada em outra instituição e também na atual. Referem ter perfil e facilidade para treinar pessoas.

Isto é identificado pela personalidade da enfermeira treinadora.

Sem treinamento prévio, foi adquirido com o tempo e experiência. (E4)

4.3 Delineando as particularidades do processo de treinar

4.3.1 *Tendo que lidar com as demandas da unidade no processo de treinar*

As enfermeiras referem que a maior dificuldade em treinar novos funcionários é conciliar esta atividade às demandas das unidades onde atuam. O número insuficiente de funcionários na unidade sobrecarrega o enfermeiro, interferindo na sua atividade de treinar. Treinar novos funcionários é considerado, uma responsabilidade a mais na sua jornada de trabalho, principalmente porque se trata de unidades específicas, como a pediatria e neonatologia, que exigem uma atenção maior na prestação da assistência.

Esta é a minha maior dificuldade, porque além do treinamento, temos os pacientes para realizar os cuidados. (E1)

As enfermeiras também relataram que a experiência de treinar torna-se ainda mais difícil quando existem mais de um funcionário recém-admitido, principalmente quando são de categorias diferentes. Este fato sobrecarrega ainda mais o enfermeiro responsável pelo treinamento, assim como a presença de estagiários na unidade nos finais de semana, quando a escala de funcionários é reduzida.

C: [...] o ruim é quando começam, às vezes, dois para treinar, né... Ou quando estão (na unidade) enfermeiro e um auxiliar, enfermeiro e um técnico. (E2)

4.3.2 *Dividindo tarefas com os outros enfermeiros do setor em favor do treinamento*

Devido à demanda nas unidades estudadas, as enfermeiras relataram que dividem suas atribuições com outras enfermeiras da equipe. Os discursos das entrevistadas evidenciaram que, algumas vezes, elas conseguem dividir suas atribuições com outras enfermeiras, para que possam se dedicar mais ao treinamento dos funcionários.

[...] não treinamos uma pessoa sozinhos. O treinamento é compartilhado com todo o grupo de enfermeiros, que treinam [...]. (E1)

4.3.3 *Sendo importante ter um profissional exclusivo para treinamento na unidade*

As enfermeiras relataram sobre a necessidade de uma supervisão contínua dos novos funcionários, entretanto isso nem sempre é possível devido à falta de tempo. Enfatizam a importância de se ter profissionais exclusivos para o treinamento.

[...] o certo seria ter uma pessoa só para estar acompanhando, né? Para estar explicando [...]. (E2)

4.3.4 *Treinando funcionários recém-admitidos na Instituição*

Os discursos evidenciaram que algumas enfermeiras preferem treinar funcionários recém-admitidos na instituição, porque eles se mostram mais interessados em aprender, adequando-se mais facilmente às rotinas e protocolos.

[...] eu gosto que eles cheguem com aquela ânsia de apreender e você também consegue, modulando a pessoa conforme a nossa rotina aqui [...]. (E4)

Uma outra dificuldade em treinar, segundo as enfermeiras, é quando o funcionário tem experiência de outro serviço e apresenta hábitos arraigados, tendo dificuldade para aceitar novas rotinas.

[...] o que eu sinto dificuldade em enfermeiros que vem de outros hospitais é a adaptação em relação a rotina [...]. (E2)

4.3.5 *Treinando colaboradores que já trabalham na instituição*

De acordo com as enfermeiras entrevistadas, treinar funcionários que já trabalham na instituição, torna-se mais fácil, pois eles já conhecem os protocolos de atendimento e as características da clientela.

Então, eu sinto que quando o funcionário já trabalhou aqui na instituição, o treinamento acontece de uma forma mais tranquila porque ele já está acostumado com os protocolos, com o prontuário do paciente, com as rotinas, então fica mais fácil [...]. (E2)

5 | DISCUSSÃO

Na categoria “**Compreendendo a importância do enfermeiro no treinamento de recém-admitidos na unidade**” são delineadas as práticas do processo de trabalho da enfermeira como cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar, tornando o perfil desse profissional adequado ao papel de treinar pessoas.

A enfermeira da unidade é considerada, pelas enfermeiras entrevistadas, a pessoa essencial para realizar os treinamentos dos recém-admitidos, por serem capazes de delegar funções, conhecerem bem seu ambiente de trabalho, protocolos institucionais e a clientela deste setor.

A respeito do papel do enfermeiro como treinador da sua equipe e do novo colaborador, a literatura aponta suas funções como líder e educador, que interage com sua equipe e integra a esta, o novo funcionário (CERVERA; LOPES, 2013). O enfermeiro tem um importante papel frente em sua área de trabalho e perante a equipe

de enfermagem e multidisciplinar.

Outro estudo, realizado com enfermeiras de UTI, ressalta a importância de ter um enfermeiro-instrutor e evidenciam as seguintes características para assumir esta função: ser didático; gostar de ensinar; trocar e buscar conhecimentos; ser ético e comprometido; além do conhecimento técnico-científico atualizado (BUCCHI; MIRA; OTRENTI; CIAMPONE, 2011).

À luz do Interacionismo Simbólico, observa-se que o ensino e a prática na Enfermagem, buscam ampliar conhecimentos na construção de ações e estratégias voltadas a um relacionamento interativo e humanizado entre as pessoas. Tanto embasamento teórico-disciplinar, como um relacionamento humanizado na construção do conhecimento acerca da formação do “ser pessoa” são importantes para que o mesmo possa construir atitudes interativas ao lidar com pessoas, possibilitando exercer sua profissão na parte técnica e ensino plenamente (LOPES; JORGE, 2005).

Neste estudo, as enfermeiras entrevistadas reconhecem a importância do treinamento acontecer na unidade onde o funcionário irá atuar. Todas referem gostar de treinar pessoas, tendo adquirido esta capacidade com o tempo de experiência, como descrito na categoria **“Entendendo como enfermeiro se prepara para treinar pessoas em sua trajetória profissional”**.

Os discursos das enfermeiras evidenciam que a experiência profissional e sua progressão no plano de carreira institucional contribuíram para torná-las pessoas de referência para treinamento na unidade.

A literatura aponta que, com base na experiência pessoal, entendem que a formação do enfermeiro atuante na área hospitalar está diretamente relacionada à sua experiência assistencial. Cada profissional traz para o ambiente educativo as peculiaridades de seu potencial intelectual, conhecimentos aprendidos e bagagem de experiências adquiridas ao longo de sua história de vida pessoal e acadêmica (ASSAD; VIANA, 2003).

Reportando-se ao início de suas carreiras, algumas delas relataram que foram treinadas por pessoas despreparadas para a função de treinar. Embora tivessem grande experiência na área assistencial eram despreparadas para a função de treinar. Estas pessoas adotavam uma postura rude, soberba e de impaciência diante de suas dúvidas. Constatam ainda, que a função de treinar era imposta a estes profissionais, que não haviam desenvolvido as competências essenciais para assumir essa função.

A educação dos profissionais de enfermagem merece maior atenção, uma vez que há necessidade de preparar os profissionais para as mudanças no contexto do trabalho, que refletem mudanças de comportamento do indivíduo na sociedade. A educação deve buscar a conciliação entre as necessidades de desenvolvimento pessoal e de grupo, com as necessidades das instituições, e as da sociedade (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Apesar de algumas das enfermeiras entrevistadas terem vivenciado experiências desagradáveis quando foram treinadas, elas tiveram a preocupação necessária para

que essas experiências não fossem transmitidas ao recém-admitido em treinamento. Preocuparam-se para que a qualidade dos treinamentos que estavam ministrando fosse melhor em relação ao treinamento que receberam.

À luz do Interacionismo Simbólico (IS), na compreensão da trajetória das profissionais deste estudo, evidenciou-se que as enfermeiras vivem no mundo de objetos significativos, sendo estes, socialmente construídos, de forma que os significados surgem da interação social. Assim, a enfermeira treinadora expressa conhecimentos e experiência das suas atividades desenvolvidas, na prestação de informação e educação ao recém-admitido, com respeito e postura (LOPES; JORGE, 2005).

A adoção dessa postura diferenciada em relação à sua própria experiência ao ser treinada reporta a outro conceito do IS, a ação humana, que é uma auto-interação. Ou seja, o indivíduo identifica que almeja estabelecer um objetivo, estrutura uma linha de comportamento, observando e interpretando as ações dos outros (BLUMER, 1969; MATHEUS, 2006).

Na categoria “**Delineando as particularidades do processo de treinar**”, as enfermeiras abordaram sobre o processo de treinamento dos funcionários recém-admitidos na instituição.

Nestas unidades, os recém-admitidos são treinados pelas enfermeiras do próprio setor, responsáveis pelo treinamento. As maiores dificuldades relatadas por elas em relação à função de treinar são a sobrecarga do trabalho e as diferentes demandas (assistência, gestão e ensino) inerentes ao seu cargo. Torna-se difícil assumir a função de treinar, quando o enfermeiro assume outras atribuições, tendo que atender às solicitações constantes dos familiares, pacientes e equipe multiprofissional.

Um estudo sobre educação permanente ressalta que, muitas vezes, o fracasso dos programas de educação se deve à atuação do enfermeiro em tempo parcial, quando ele é o responsável pelo treinamento, dividindo seu tempo na realização de outras atividades de gestão da unidade. Desta forma, este profissional não tem tempo, nem condições de se dedicar exclusivamente às atividades de educação (SADE; PERES, 2015).

A sobrecarga de atividades realizadas pelo enfermeiro que atua nos treinamentos dos recém-admitidos gera a sensação de que suas atividades são realizadas com menos qualidade do que realmente desejariam, o que implica cobranças pessoais e, conseqüentemente, prejuízos para sua saúde mental (JEONG; KURCGANT, 2010).

O treinamento admissional na enfermagem prepara os profissionais da equipe para prestação da assistência baseada nas diretrizes institucionais, alinhando-o à missão, visão, valores e filosofia de cada instituição (BUCCHI; MIRA; OTRENTI; CIAMPONE, 2011).

A humanização e o respeito entre os profissionais são princípios imprescindíveis nas relações no ambiente de trabalho, incluindo a relação treinador-recém-admitido (BUCCHI; MIRA; OTRENTI; CIAMPONE, 2011).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência do enfermeiro em relação ao treinamento de profissionais recém-admitidos em unidade pediátrica e neonatal foi evidenciada claramente por meio deste estudo, bem como os desafios enfrentados pelo enfermeiro neste processo de treinar.

O treinamento do recém-admitido, se bem realizado e com acompanhamento constante, permite ao novo funcionário integrar-se aos protocolos e normas, além de capacitá-lo dentro da missão, visão, valores e filosofia da instituição.

Os enfermeiros enfatizam que, para assumir o cargo de enfermeiro-treinador, é necessário ter perfil para atuar como educador, ter conhecimento na área de atuação e fazer parte da equipe da unidade, para que possa conhecer todas as necessidades e especificidades da unidade e ter conhecimento técnico-científico. Neste estudo, ficou claro que a experiência prática nas áreas pediátrica e neonatal é o fator de maior impacto influenciando para que o enfermeiro seja um educador.

Finalizamos o estudo, acreditando que o treinamento para recém-admitidos nas unidades é de suma importância, e que precisam ser pensadas e trabalhadas novas estratégias para treinar, tendo em vista sempre o crescimento individual e profissional, a qualidade de assistência e os benefícios para as instituições de saúde e, principalmente, para o paciente.

O estudo trouxe contribuição, também, no sentido de apresentar subsídios sobre o uso do Interacionismo Simbólico e da Análise Qualitativa de Conteúdo para a compreensão da vivência do enfermeiro que assume a função de treinar em pediatria e neonatologia.

AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros que participaram do estudo e à instituição que autorizou a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

ASSAD, L.G. Saberes práticos na formação de enfermeiro. Brasília (DF): **Rev Bras Enferm**, v.56, n.1, p.44-47, 2003.

BLUMER, H. Symbolic Interactionism: perspective and method. Berkley: University of California, Chapter 1, **The methodological position of symbolic interactionism**, 1-60, 1969.

BUCCHI, S.M., MIRA, V.L., OTRENTI, E., CIAMPONE, M.H.T. Enfermeiro instructor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.3, p.381-7, 2011.

BUCCHI, S.M.; MIRA, V.L. Reelaboração do treinamento admissional de enfermeiros de Unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.1003-10, 2010.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Contéudo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo de saúde. Brasília: **Rev Bras Enferm**, v.57, n.5, p. 611-4, 2004.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; REGO, D.P. Interacionismo Simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicol. Cienc. Prof**, v.30, n.1, p.146-161, 2010.

CERVERA, G.A.R., LOPES, M.M.B. Educação e Saúde no cotidiano de enfermeiras na atenção primária. **Rev. Enferm. UFSM**, v.3, n.3, p.449-60, 2013.

DALFOVO, M.S., LANA, R.A., SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Rev. Interdisc. Cient. Aplicada**, v.2, n.4, p.1-13, 2008.

HARADA, M.J.J. (Org.). **Gestão em enfermagem**: ferramenta para a prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

JEONG, D.J.Y., KURCGANT, P. Fatores de insatisfação no trabalho segunda percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Porto Alegre (RS). **Rev. Gaúcha Enferm**, dez, v.31, n.4, p.655-61, 2010.

MATHEUS, M.M.C. Os fundamentos da pesquisa qualitativa. In: Matheus MCC, Fustinoni SM. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

MATSUMOTO, K.W. Gestão de qualidade e processos de certificação: a contribuição do T&D. In: Boog G.; Boog M., (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento, gestão e estratégias**. Brasil: São Paulo, 2007, p. 241-52.

NISHIO, E.A.; BAPTISTA, M.A.C.S. **Educação Continuada em enfermagem** – a evolução da educação continuada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PASCHOAL, A.S., MANTOVANI, M.F., MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.478-84, 2007.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Rev. Eletr. Enferm**, jan/abr 2007; v.9, n.1, p: 200-13. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 09 fev.2019.

SADE, P.M.C., PERES, A.M. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n.6, p. 991-99, 2015.

SANTOS, A.P.A.; CAMELO, S.H.H., SANTOS; F.C., LEAL, L.A., SILVA, B.R. O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.50, n.3, p.474-481, 2016.

SIQUEIRA, I.L.C.P.; KURCGANT, P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n.3,p. 251-7, 2005.

VISITAS DOMICILIARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Leonilson Neri dos Reis

Enfermeiro, Preceptor de Estágio em Enfermagem na IESM, Discente de Pós-graduação em Saúde da Família com Docência do Ensino Superior da Faculdade Evangélica do Meio Norte-FAEME, Teresina-PI.

Ernando Silva de Sousa

Enfermeiro, Discente Pós-graduação em Obstetrícia da Faculdade do Médio Parnaíba-FAMEP, Teresina-PI.

Assuscena Costa Nolêto

Enfermeira pela Faculdade do Piauí-FAPI, Teresina-PI.

Eláinny Crisitina Rocha Fernandes

Enfermeira, Discente de Pós-graduação em Urgência e Emergência pela Unidades Integradas de Pós-graduação-UNIPÓS, Teresina-PI.

Adaiane Alves Gomes

Enfermeira, Discente de Pós-graduação em Saúde da Família pela Unidades Integradas de Pós-graduação-UNIPÓS, Teresina-PI

Vânia Maria de Sousa Castelo Branco

Enfermeira no Hospital Getúlio Vargas-HGV, Esp. Saúde da Família, Teresina-PI.

Érica Débora Feitosa da Costa

Enfermeira, Preceptor de Estágio em Enfermagem na IESM, Discente de Pós-graduação em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNIFSA, Teresina-PI.

Luzia Neri dos Reis

Enfermeira pela Associação de Ensino Superior do Piauí-AESPI, Teresina-PI.

Gildene Costa

Discente do Curso em Enfermagem Pela Faculdade Maurício de Nassau, Teresina-PI.

Maria Patrícia Cristina de Sousa

Enfermeira pela Faculdade do Piauí-FAPI, Teresina-PI.

Lorena Rocha Batista Carvalho

Professora Orientadora, Enfermeira. Mestre em Saúde da Família - UNINOVAFAPI. Doutoranda em Engenharia Biomédica na Universidade Brasil. Docente das Faculdades AESPI/FAPI, Teresina-PI.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Visita Domiciliar (VD) há muito vem sendo realizada como uma atividade de assistência à saúde e sua evolução histórica está muito ligada à evolução da saúde pública e da própria enfermagem. Segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, e redefinida pela portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013, a atenção domiciliar constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. **OBJETIVOS:** Analisar na literatura científica a importância das visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde na enfermagem. **MÉTODOS:** Trata-se de uma

revisão de literatura. A busca foi realizada utilizando os descritores: visita domiciliar, enfermagem e promoção da saúde, em combinação com operador booleano and. Os dados foram pesquisados no LILACS e BDEF. Incluídos artigos nacionais e internacionais que abordassem a temática, artigos completos, publicados no período de 2012 a 2018. **RESULTADOS:** Foram encontrados 170 artigos, entretanto, após aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se apenas 16 artigos, foi analisado os títulos e resumos, excluindo-se artigos repetidos e fora do tema, amostra final foram 8 artigos. **CONCLUSÃO:** Portanto, as VD ganham importância, pois a enfermagem pode orientar os pacientes e cuidadores em seu ambiente rotineiro e identificar dificuldades em sua capacidade de implementar o autocuidado, tornando essa abordagem mais efetiva e humanizada. A enfermagem domiciliar caracteriza-se pelo cuidado, promoção da saúde, tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Visita Domiciliar; Enfermagem; Promoção da Saúde.

HOME VISITS AS NURSING HEALTH PROMOTION STRATEGIES: INTEGRATION REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: The Home Visit (VD) has long been performed as a health care activity and its historical evolution is closely linked to the evolution of public health and of nursing itself. According to Ordinance No. 2,527, dated October 2011, and redefined by Ordinance No. 963 of May 27, 2013, home care constitutes a modality of health care substitute or complementary to existing health care, characterized by a set of actions health promotion, prevention and treatment of diseases and rehabilitation provided at home. **OBJECTIVES:** To analyze in the scientific literature the importance of home visits as strategies to promote health in nursing. **METHODS:** This is a literature review. The search was performed using the descriptors: home visit, nursing and health promotion, in combination with Boolean operator and. The data were searched in LILACS and BDEF. Including national and international articles that addressed the theme, complete articles, published between 2012 and 2018. **RESULTS:** 170 articles were found, however, after applying the inclusion and exclusion criteria, only 16 articles were selected, analyzed titles and abstracts, excluding repeated and off-topic articles, final sample were 8 articles. **CONCLUSION:** Therefore, the importance of VD is important, since nursing can guide patients and caregivers in their routine environment and identify difficulties in their capacity to implement self-care, making this approach more effective and humanized. Home nursing is characterized by care, health promotion, treatment, recovery and rehabilitation of patients.

KEYWORDS: Home visit; Nursing; Health promotion.

INTRODUÇÃO

A VD é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento tanto

educacional como assistencial definida também como um instrumento de intervenção fundamental da Estratégia de Saúde da Família, um dos primeiros passos é capacitar os profissionais para tal prática, que tem como objetivo a prevenção, trabalhando todos tanto o indivíduo como a família e a coletividade, prestada em domicílio, é realizada como uma forma de atenção a saúde coletiva (CUNHA, SÁ; 2013).

A Visita Domiciliar (VD) há muito vem sendo realizada como uma atividade de assistência à saúde e sua evolução histórica está muito ligada à evolução da saúde pública e da própria enfermagem. Dessa forma, segundo a Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, e redefinida pela portaria Nº 963 de 27 de maio de 2013, a atenção domiciliar constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (ROCHA et al., 2017).

A visita domiciliar (VD) configura-se como uma forma diferente de cuidado: visando a promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, a ação se desenvolve em um espaço extra-unidade de saúde, ou seja, no domicílio, sendo realizada para intervir ou minimizar no processo saúde-doença (ANDRADE et al., 2014)

Vários estudos apontam o importante papel da VD no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar. Apesar de suas potencialidades, a atividade de VD enfrenta muitos desafios. O contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, envolvendo relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Além das dificuldades inerentes à própria prática da VD: a mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas (CUNHA; SÁ, 2013).

A visita busca conhecer as condições de vida, permitindo também conhecer a dinâmica das relações familiares, ela ocorre com o intuito de subsidiar a intervenção saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção da saúde, de uma forma coletiva, trabalhando como um todo (SANTOS; MORAIS, 2011).

Segundo Rocha et al. (2017), no Brasil, a visita domiciliar aparece como uma atividade realizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos profissionais das equipes de saúde das Estratégias da Saúde da Família (ESF), e mais recentemente pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que fazem a retaguarda especializada para as equipes de atenção primária.

O interesse pelo tema visita domiciliar se deu ao fato de fazer parte da atuação do profissional de enfermagem em especial, nos serviços de Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, a atividade realizada pelo profissional de enfermagem nos chamou a atenção sobre a importância da Visita Domiciliar para a prática dos serviços prestados

pela ESF.

Torna-se relevante desenvolver esse estudo, tendo em vista que a visita domiciliar é uma estratégia bastante importante para a promoção e prevenção de agravos a saúde. Portanto, é preciso que se trabalhe ações para uma melhor qualidade em saúde do indivíduo em seu lar. Diante do exposto, o presente estudo objetiva analisar na literatura científica a importância das visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde na enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa cuja trajetória metodológica percorrida apóia-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, contribuindo para o processo de síntese e análise dos resultados de vários estudos, criando-se, assim, um enfoque literário claro e objetivo. Definida como método de pesquisa de dados secundários, na qual os estudos relacionados a um determinado assunto são sumarizados permitindo-se obter conclusões gerais devido à reunião de vários estudos. (SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012).

Na construção desta revisão integrativa foram percorridas as seguintes etapas: definição do tema e elaboração da pergunta norteadora, amostragem ou busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão e interpretação dos resultados e apresentação da revisão. A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: Quais as estratégias utilizadas nas visitas domiciliares para a promoção da saúde na enfermagem?

Foi realizada uma busca dos artigos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), referente as produções científicas relacionadas fatores que contribuem para a ocorrência do desmame precoce no período de publicação de 2012 a 2018.

Foram utilizados os seguintes Descritores encontrados após uma consulta realizada em Ciência da Saúde (DECS): Visita Domiciliar; Enfermagem; Promoção da Saúde, foram usados associados com o operador booleano *and*.

Seguiu-se a busca dos três descritores combinados nas bases de dados com o operador Booleano *and*. Inicialmente para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores sem a utilização dos filtros, obtendo-se 170 artigos. Como critérios de inclusão e a fim de refinar a amostra determinou-se: trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, com acesso gratuito, no idioma português, indexados nas referidas bases de dados citadas, publicados nos últimos 6 anos (2012-2017) e que retratassem a temática em estudo, restando 16 publicações com possibilidade de análise. Foram analisados os resumos e elegidos para leitura do artigo na íntegra aqueles que estavam relacionados com a temática em estudo. Em suma, foram lidos

todos os 16 artigos, títulos e resumos dos artigos, sendo necessário refinar a amostra, e excluiu-se 3 publicações de artigos que se encontraram repetidos entre os demais, 4 publicação que não retratava a temática e excluídos mais 1 artigos de revisão integrativa, restando no total 8 artigos que foram selecionados por responderem à questão condutora do estudo e se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão integrativa. A seguir, um fluxograma sintetiza a busca dos 12 artigos que compuseram a amostra final da revisão (Figura 1).

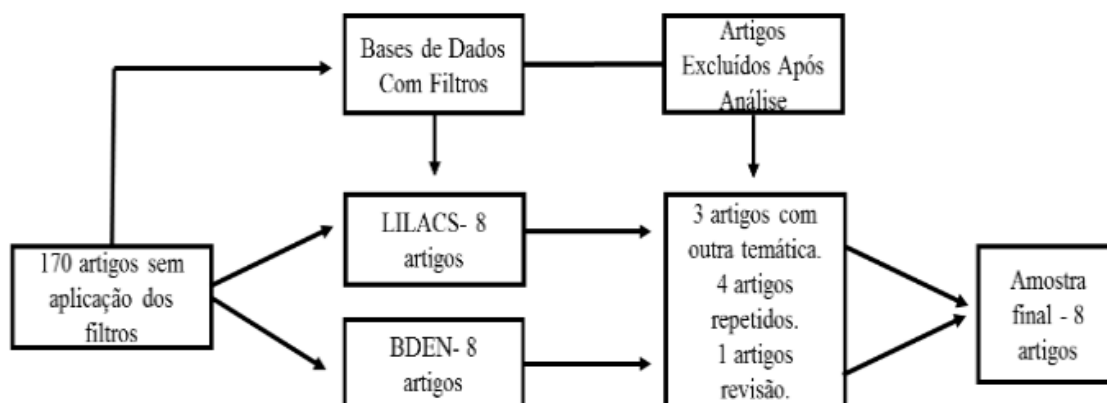


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

A partir dos resultados encontrados após a busca dos estudos na íntegra, foi realizada a análise dos dados em três etapas. Na primeira, foi utilizado um instrumento elaborado para este estudo (APÊNDICE A), que permitiu a investigação e identificação de dados como: base de dados indexada; ano de publicação; nome do periódico; título; nome dos autores; metodologia; objetivo de estudo e conclusões. Na segunda etapa, realizou-se uma análise interpretativa e síntese dos artigos de modo a captar a essência do tema e a real ideia dos autores de forma a atingir o objetivo previsto. Em uma última etapa foram apresentados os resultados através de uma análise dos artigos incluídos, com a descrição das etapas percorridas.

RESULTADOS

Após criterioso refinamento e análise, contemplando os critérios de inclusão delineados, chegou-se a 8 artigos, dos quais como expõem a tabela 1, verificou-se que os maiores números de publicações ocorreram no ano de 2017 com 3 publicações (38%) ao ano, obtendo-se esse resultado após a aplicação dos critérios de inclusão. As duas bases de dados obtiveram a mesma quantidade de artigos, sendo a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com 4 (50%) artigos e a Base de dados de enfermagem (BDENF) também com (50%), o método qualitativo obteve 3 artigos (38%) dentre as tipologias, descritivo com 3 (38%) e de estudo metodológico com 2 (24%). Observou-se que as pesquisas com mais de 3 autores

tiveram a maior prevalência com 6 artigos (75%).

Ano de Publicação	Nº	%
2012	2	25
2013	2	25
2014	0	0
2015	0	0
2016	0	0
2017	3	38
2018	1	12
Base de Dados		
LILACS	4	50
BDENF	4	50
Método abordado		
Quantitativo	3	38
Descritivo	3	38
Estudo Metodológico	3	24
Nº de Autores		
1	0	0
2	0	0
3	2	25
Mais de 3	6	75

Tabela 1 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação, base de dados, método abordado fins da pesquisa e número de autores.

Fonte: Base de Dados

Em relação aos principais aspectos metodológicos das pesquisas analisadas, observou-se através da tabela 2 os que tiveram maior prevalência, a entrevista foi o instrumento mais utilizado para coleta de dados com 4 (50%), os profissionais de saúde tiveram maior prevalência como escolha do sujeito da pesquisa 3 (38%), a unidade básica de saúde (UBS) foi o local com maior escolha com 5 (63%), outros locais obtiveram 3 (37%) das publicações.

Instrumento de Coleta de Dados	Nº	%
Entrevistas	4	50
Análise Documentos	1	12
Outros	3	38
Sujeitos da Pesquisa		
Profissionais de Saúde	3	38
Idosos (homes/mulheres)	2	26
Mulher	1	12
Outros	2	24
Local da Pesquisa		
Unidade Básica de Saúde	5	63
Outros Locais	3	37

Tabela 2 - Classificação dos aspectos metodológicos subdividindo em instrumento de coleta de dados, sujeitos da pesquisa e local da pesquisa.

Fonte: Base de Dados

Foram destacado no quadro 1 o título do artigo, autores e ano, periódico, objetivose conclusão. Observou-se que quase todos os artigos selecionados, abordam e tem relação com a temática relacionada a visita domiciliar e promoção de saúde. Ainda na análise desses artigos presentes no quadro, percebeu-se que a visita domiciliar apresenta um grande predomínio na elaboração de estudos que abordam o tema, sendo um assunto bastante relevante, pois este é um tema em que se deve trabalhar com atenção redobrada, para que se possa também promover estratégias de promoção e prevenção de agravos a saúde da pessoa em seu domicílio

Os artigos encontrados no banco de dados da BVS, serão utilizados para constituir a amostra do estudo foram analisados e discutidos da melhor forma que corresponda ao objetivo e questão norteadora proposta nesta revisão.

TÍTULO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
1) A prática da visita domiciliária na estratégia saúde da família	AZEVEDO, et al. 2012	Rev enferm UFPE on line.	Investigar a execução e implementação da visita domiciliária por parte das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Caicó/RN.	Os profissionais de saúde reconhecem a importância da assistência domiciliar e são capacitados a realizar a atividade, embora muitos fatores ainda comprometam o desenvolvimento do atendimento à comunidade.
2) as práticas de saúde de enfermeiros na visita domiciliar e a promoção da saúde.	KEBIAN, et al. 2012	Rev APS.	Identificar estudos voltados para práticas de saúde realizadas por enfermeiros na visita domiciliar e analisá-los na perspectiva da estratégia de promoção da saúde.	A visita domiciliar mostrou-se como um espaço significativo de viabilização da promoção da saúde, uma vez que ela aproxima o enfermeiro dos aspectos importantes a serem identificados ou otimizados neste processo.
3) estratégia saúde da família nas ações primárias de saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica.	CAMARGO; ANJOS; AMARAL, 2013	Rev Min Enferm.	Levantar as ações de atenção primária à saúde do portador de HAS relatadas pela equipe de saúde da família com ênfase nas intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro.	Conclui-se que o papel do enfermeiro na ESF enfrenta impasses e desafios, especialmente no que diz respeito à sua atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho e relações interdisciplinares.

4) visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem.	NASCIMENTO, et al. 2013.	Rev Bras Promoc Saude.	Analisar a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família como uma atividade de promoção da saúde.	Considera-se que ainda é incipiente a utilização da visita domiciliar pelas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família como uma atividade de promoção da saúde, pois, apesar de reconhecerem a necessidade de reversão do modelo assistencial, na prática, observa-se que o foco das visitas ainda está voltado para o modelo biologicista.
5) ações de enfermagem no cuidado ao homem idoso na estratégia de saúde da famíl.	SOUZA, et al. 2017.	Rev enferm UFPE on line.	Identificar as ações realizadas pela equipe de Enfermagem voltadas ao homem idoso.	Os entrevistados costumam atender idosos, porém, não significa dizer que atendam integralmente à ideia de promoção à saúde.
6) atividades educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio.	LIMA, et al. 2017.	Rev enferm UFPE on line.	Relatar a experiência sobre o desenvolvimento de atividades educativas referentes à saúde cardiovascular com idosos em seu domicílio,	Observou-se que as atividades, assim realizadas, favoreceram para uma melhor compreensão e esclarecimento de dúvidas dos participantes e familiares. Espera-se que esta pesquisa propicie estímulo para os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro.
7) visita domiciliar como ferramenta de promoção da saúde do pé diabético amputado.	DIAS; SANTOS; OLIVEIRA, 2017.	Rev enferm UFPE on line.	Descrever a experiência da visita domiciliar diária para a troca de curativo em amputação de quatro pododáctilos decorrente de complicações de pé diabético, indicando êxitos e limitações.	A experiência do vínculo diário e da assistência de Enfermagem holística a uma paciente em situação de vulnerabilidade foi enriquecedora para acadêmicos que, muito mais que aprimorar técnicas e consolidar conhecimentos, aprenderam sobre o ser social indispensável que é o enfermeiro.
8) validação de conteúdo do programa de visita domiciliar para a díade mãe-criança.	PINHEIRO et al., 2018.	Cogitare Enferm.	validar um programa de cuidado longitudinal para assistir adolescentes na sua primeira gravidez.	O programa de visita foi validado nos aspectos de conteúdo e de aparência. As sugestões feitas pelos juízes foram incorporadas em uma nova redação do Programa e estão disponibilizadas neste relatório.

Quadro 1- Distribuição dos estudos segundo o título do artigo, autores e ano, periódico, tipo de pesquisa, objetivos e conclusão (Quadro 1).

DISCUSSÃO

No âmbito da atenção básica, a visita domiciliar constitui um instrumento de cuidado da equipe de profissionais da ESF, através dela é possível ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, especialmente aqueles impossibilitados de se deslocarem até a unidade de saúde, além de aproximar o profissional de saúde da realidade do ambiente ao qual as famílias estão inseridos e assim considerar as diferentes necessidades em saúde existentes na comunidade (AZEVEDO et al, 2012).

A visita domiciliar se trata de um espaço promissor para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, por aproximar intimidade do lar e conhecer mais profundamente as relações interpessoais e a realidade social, indispensável para o incremento de práticas de saúde coerente com as necessidades das famílias e para o fortalecimento da promoção da saúde (KEBIAN et al, 2012).

Neste sentido, a visita domiciliar consiste em uma potente forma de atenção à saúde por possibilitar a aproximação da equipe de saúde, família e comunidade, e oportuniza aos profissionais conhecer a realidade e às necessidades em saúde locais e desenvolver ações assistenciais e preventivas voltadas para real necessidade em saúde dos usuários.

Tradicionalmente a visita domiciliar é uma ferramenta básica da intervenção de enfermagem no cuidado das famílias e comunidades. Os profissionais de saúde aplicam um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção e promoção da saúde, no processo de educação em saúde (CAMARGO et al, 2013).

Os profissionais de saúde realizam a visita domiciliar com a finalidade de desenvolver um conjunto de ações assistenciais e preventivas voltadas ao usuário do serviço de saúde e sua família, tais como: reconhecer e acompanhar as várias situações de saúde, realizar busca ativa de casos; conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares, contemplar o programa de monitoramento do recém-nato, puérperas e crianças, realizar educação em saúde e orientação quanto a realização de cuidados, executar procedimentos técnicos (AZEVEDO et al, 2012).

Entende-se que, para desenvolver as ações em saúde, é necessário ao profissional compreender os fatores condicionantes do processo saúde-doença, uma vez que a partir da visita domiciliar, pode-se tentar mudar, porque é conhecendo a realidade que pode sugerir o que o usuário pode fazer para melhorar as condições de saúde.

O profissional enfermeiro, ao fazer a visita domiciliar, estará contribuindo para a operacionalização da ESF e, sobretudo, para efetivação dos princípios do SUS e avalia todos os itens relacionados à aparência do programa de visita domiciliar (PINHEIRO et al., 2018). No que tange a visita domiciliar, se destaca sua potencialidade em abordar as famílias, elaborar diagnósticos, estabelecer projetos terapêuticos coerentes com a realidade das comunidades, bem como constituir uma ferramenta de busca ativa, promoção, proteção e recuperação da saúde (NASCIMENTO et al, 2013).

No que diz respeito a enfermagem, o foco principal da assistência é o cuidado do indivíduo. Os aspectos humanísticos e científicos desse profissional são executados através do processo de enfermagem, realizado através da consulta de enfermagem e complementando com as medidas educativas (AZEVEDO et al, 2012). A visita domiciliar propõe-se a acolher as diferentes necessidades de saúde, desde as condições de infraestrutura, habitação, como higiene, saneamento, como atendimento à saúde das famílias, possibilitando uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença (DIAS; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

Desse modo, a visita domiciliar é relevante para que o enfermeiro possa desenvolver seu papel de promoção e proteção da saúde por propiciar que o mesmo conheça os problemas particulares de saúde e os fatores que a afetam na comunidade onde trabalha.

Além da realização de procedimentos técnicos e avaliação clínica realizada pelos enfermeiros, vale ressaltar a importância do investimento desses profissionais com os demais membros da equipe na realização de atividades de promoção à saúde para comunidade (SOUZA et al, 2017). As VD atuam como estratégia eficaz na educação em saúde da população, além de favorecer para uma melhor compreensão e esclarecimento de dúvidas dos participantes e familiares (LIMA et al, 2017).

Torna-se necessário que a VD seja planejada continuamente, para que o profissional de saúde possa trabalhar ações relevantes de promoção em saúde dentro do contexto de cuidar em enfermagem, proporcionando mais qualidade na assistência para que o usuário tenha satisfação com tais ações desenvolvidas.

A visita domiciliar propõe-se a acolher as diferentes necessidades de saúde, desde as condições de infraestrutura, habitação, como higiene, saneamento, como atendimento à saúde das famílias, possibilitando uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença (DIAS; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

Pode-se dizer que a VD é um instrumento importante para a prática de promoção em saúde na enfermagem. Estudos apontam a VD como uma forma de estratégia que pode garantir uma melhor assistência em domicílio, repassando as devidas orientações para seus pacientes, proporcionando uma melhor qualidade para sua saúde.

CONCLUSÃO

A VD é um dos instrumentos que possibilitam ao enfermeiro o conhecimento dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, como também o estabelecimento de medidas de promoção da saúde. É por meio da visita que o profissional de saúde poderá avaliar as condições socioambientais e habitacionais em que vive o indivíduo e sua família, bem como realizar a busca ativa, planejar e executar as medidas assistenciais adequadas, com foco na promoção da saúde.

Observou-se que a VD constitui uma importante ferramenta de trabalho do

enfermeiro por aproximar a tríade profissional de saúde, comunidade, família e estabelecer medidas de promoção da saúde. É por meio da visita domiciliar que o mesmo poderá elaborar e realizar medidas assistenciais adequadas, com ênfase na promoção da saúde.

Sugere-se a elaboração e publicação de novos estudos voltados para a temática de VD, pois é um tema bastante relevante e precisa ser atualizado constantemente, para que outros profissionais de saúde possam ter um embasamento teórico científico a respeito da assistência que deve prestar ao paciente.

Portanto, as visitas domiciliares ganham importância, pois a enfermagem pode orientar os pacientes e cuidadores em seu ambiente rotineiro e identificar dificuldades em sua capacidade de implementar o autocuidado, tornando essa abordagem mais efetiva e humanizada. A enfermagem domiciliar caracteriza-se pelo cuidado, promoção da saúde, tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes, levando em consideração a família e a organização comunitária da qual o paciente faz parte.

REFERÊNCIAS

ANDRADE et al 2014. **Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(1):165-175, jan-mar 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00165.pdf>. Acesso em 15 mar 2019.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros et al. **A prática da visita domiciliar na estratégia de saúde da família.** Revista de Enfermagem da UFPE on line - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 179-187, nov. 2011. ISSN 1981-8963. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7077/6330> >. Data de acesso: 18 mar. 2019. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v6i1a7077p179-187-2012>.

CAMARGO, Rosângela Andrade Aukar de; ANJOS, Flávia Roberta dos; AMARAL, Maronita Ferreira do. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS AÇÕES PRIMÁRIAS DE SAÚDE AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.** Rev Min Enferm, [S. l.], 2013. Disponível em: <https://referenciabibliografica.net/a/pt-br/ref/abnt>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CUNHA, M. S, SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2013.v17n44/61-73/pt>. Acesso em 14 mar 2019.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. **Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.

DIAS, Juciélma de Jesus *et al.* **VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PÉ DIABÉTICO AMPUTADO.** Rev enferm UFPE on line, Recife-PE, 2017. Acesso em: 12 mar. 2019.

KEBIAN, Luciana Valadão Alves *et al.* **AS PRÁTICAS DE SAÚDE DE ENFERMEIROS NA VISITA DOMICILIAR E A PROMOÇÃO DA SAÚDE.** Rev APS, [S. l.], 2012. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/14772/7884>. Acesso em: 12 mar. 2019.

LIMA, Paula Alves de *et al.* **ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE SAÚDE CARDIOVASCULAR PARA IDOSOS EM DOMICÍLIO.** Rev enferm UFPE on line, Recife-PE, 2017. Disponível em: <https://>

periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15022/24748 . Acesso em: 9 mar. 2019.

NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro *et al.* VISITAS DOMICILIARES COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA ENFERMAGEM. **Rev Bras Promoc Saude**, [S. l.], 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3116/pdf> . Acesso em: 19 mar. 2019.

PINHEIRO, Denise Gonçalves Moura *et al.* **VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR PARA A DÍADE MÃE-CRIANÇA.** **Cogitare Enferm**, [S. l.], 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v23n2/1414-8536-ce-23-2-e54055.pdf> . Acesso em: 15 mar. 2019.

ROCHA, Kátia Bones *et al.* **A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura.** *Psic., Saúde & Doenças* [online]. 2017, vol.18, n.1 [citado 2019-03-20], pp.170-185. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1645-0086. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>.

SANTOS, E. M, MORAIS, S. H. G. **A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS.** *Cogitare Enferm*. 2011 Jul/Set; 16(3):492-7. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21761/16235>. Acesso em: 15 mar 2019.

SILVA, Bruna Turaça; SANTIAGO, Luciano Borges; LAMONIER, Joel Alves. **Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa.** *Rev. paul. pediatr.* São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000100018&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 de março de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000100018>.

SOUZA, Luanni Rayssa de Medeiros *et al.* **AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO HOMEM IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** *Rev enferm UFPE on line*, Recife-PE, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/leo/Documents/Artigo%20Visita%20Domiciliar/23356-45229-1-PB.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2019.

ROCHA, Kátia Bones *et al.* **A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura.** *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-394-1

