

# Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 4

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)**



# Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico 4

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)**



2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Geraldo Alves  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

##### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Gislene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
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. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª 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 Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
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. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E56    Enfermagem moderna [recurso eletrônico] : bases de rigor técnico e científico 4 / Organizadora Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico; v. 4)

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.  
Modo de acesso: World Wide Web.  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-85-7247-812-0  
DOI 10.22533/at.ed.120192211

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermeiros – Prática.  
3. Saúde – Brasil. I. Sombra, Isabelle Cordeiro De Nojosa. II. Série.  
CDD 610.73

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “*Enfermagem Moderna: Bases de Rigor Técnico e Científico*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 29 capítulos, o volume IV aborda estudos com foco na educação em saúde, formação em enfermagem, com publicações relacionadas ao ensino, pesquisa e extensão na formação profissional, além da saúde ocupacional, e pesquisas epidemiológicas.

Os estudos realizados contribuem para fornecer conhecimento acerca da formação profissional em enfermagem desde a graduação e formação técnica como, também, no contexto relacionado ao aprimoramento. Além disso, as pesquisas que envolvem a saúde ocupacional do profissional de enfermagem são fundamentais diante da exposição às cargas exaustivas de trabalho, havendo comprovadamente um impacto substancial na sua saúde física e mental.

As pesquisas epidemiológicas fornecem subsídios para o maior conhecimento sobre a realidade nos mais variados contextos de assistência à saúde. Sendo assim, são fundamentais para o planejamento, elaboração e implementação de estratégias cujo objetivo é a promoção da saúde da população.

Portanto, este volume IV é dedicado ao público usuário dos serviços de saúde, no tocante ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, além de ser de extrema relevância para enfermeiros e demais profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde e experiências do ensino e aprendizagem no âmbito da saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro forneça subsídios para aperfeiçoar cada vez mais a formação em enfermagem, objetivando fortalecer e estimular as práticas educativas desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, o que culminará em uma perspectiva cada vez maior de excelência no cuidado. Além disso, ressaltamos a importância da atenção à saúde do profissional.

Isabelle C. de N. Sombra

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>1</b>
A FORMAÇÃO ACADÊMICA NO CURSO DE ENFERMAGEM PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORTE/MORRER	
Monyka Brito Lima dos Santos	
Carleana Kattwilly Oliveira	
Valdênia Guimarães e Silva Menegon	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922111</b>	
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>11</b>
TRANSTORNOS DO USO DE TABACO EM TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM	
Sônia Regina Marangoni	
Beatriz Ferreira Martins Tucci	
Aroldo Gavioli	
Bruna Diana Alves	
Aline Vieira Menezes	
Magda Lúcia Félix de Oliveira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922112</b>	
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>22</b>
RISCOS DE OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	
Monyka Brito Lima dos Santos	
Cintia Fernanda de Oliveira Santos	
Surama Almeida Oliveira	
Jociane Cardoso Santos Ferreira	
Mayanny da Silva Lima	
Polyana Cabral da Silva	
Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa	
Giuvan Dias de Sá Junior	
Pamela Jaslana Oliveira Barros Carvalho	
Irene Sousa da Silva	
Antônia Deiza Rodrigues de Carvalho	
Ana Carolina Rodrigues da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922113</b>	
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>34</b>
CONFLITOS EMOCIONAIS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUA INFLUÊNCIA PARA O SOFRIMENTO PSÍQUICO	
Cintia Fernanda de Oliveira Santos	
Monyka Brito Lima dos Santos	
Surama Almeida Oliveira	
Jociane Cardoso Santos Ferreira	
Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa	
Giuvan Dias de Sá Junior	
Edivania Silva de Sá	
Irene Sousa da Silva	
Ana Carolina Rodrigues da Silva	
Luciana Magna Barbosa Gonçalves de Jesus	
Auricelia Costa Silva	
Walana Érika Amâncio Sousa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922114</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 45****A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA NO PERÍODO DE 2008 A 2017**

Agatha Soares de Barros de Araújo  
Thelma Spindola  
Alan Barboza de Araújo  
Karen Silva de Sousa  
Ivete Letícia da Silva Tavares

**DOI 10.22533/at.ed.1201922115**

**CAPÍTULO 6 ..... 54****A VIVÊNCIA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA**

Jailton Luiz Pereira do Nascimento  
Ana Claudia Queiroz Bonfin  
José Musse Costa Lima Jereissati  
Alexandre Nakakura  
Rosilaine Gomes dos Santos  
Carlos André Moura Arruda

**DOI 10.22533/at.ed.1201922116**

**CAPÍTULO 7 ..... 66****CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA A CRIANÇAS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA**

Rebeka Maria de Oliveira Belo  
Monique Oliveira do Nascimento  
Andrey Vieira de Queiroga  
Hirla Vanessa Soares de Araújo  
Tamyres Millena Ferreira  
Mayara Inácio de Oliveira  
Gabriela Freire de Almeida Vitorino  
Karyne Kirley Negromonte Gonçalves  
Thaisa Remigio Figueirêdo  
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

**DOI 10.22533/at.ed.1201922117**

**CAPÍTULO 8 ..... 83****CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO**

Caroline Zottele  
Juliana Dal Ongaro  
Angela Isabel dos Santos Dullius  
Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

**DOI 10.22533/at.ed.1201922118**

**CAPÍTULO 9 ..... 96****CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA**

Nathália Marques de Andrade  
Ana Claudia Queiroz Bonfin  
José Musse Costa Lima Jereissati  
Carlos André Moura Arruda

<b>CAPÍTULO 10 .....</b>	<b>112</b>
CRIAÇÃO DA LIGA DE ENFERMAGEM FORENSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Crislene de Araújo Cruz Silva	
Erica Santos Silva	
Juliana Prado Ribeiro Soares	
Fernanda Kelly Fraga Oliveira	
Naiane Regina Oliveira Goes Reis	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922110</b>	
<b>CAPÍTULO 11 .....</b>	<b>117</b>
CURRÍCULO PARALELO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DO NORTE DE MINAS GERAIS	
Gabriella Gonçalves Coutinho	
Maria Madalena Soares Benício	
Thiago Braga Veloso	
Edileuza Teixeira Santana	
Orlene Veloso Dias	
Danilo Cangussu Mendes	
Viviane Braga Lima Fernandes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922111</b>	
<b>CAPÍTULO 12 .....</b>	<b>128</b>
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA	
Katariny de Veras Brito	
Rosany Casado de Freitas Silva	
Josefa Jaqueline de Sousa	
Talita Costa Soares Silva	
Girlene Moreno de Albuquerque	
Katiane da Silva Gomes	
Maria Vitória da Silva Mendes	
Josefa Danielma Lopes Ferreira	
Shirley Antas de Lima	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922112</b>	
<b>CAPÍTULO 13 .....</b>	<b>139</b>
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL	
Jessica Maia Storer	
Amanda Correia Rocha Bortoli	
Bruna Decco Marques da Silva	
Demely Biason Ferreira	
Edrian Maruyama Zani	
Fabiana Fontana Medeiros	
<b>DOI 10.22533/at.ed.1201922113</b>	

**CAPÍTULO 14 ..... 142****ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E APRENDIZADOS**

Juscimara de Oliveira Aguilar  
Carla dos Anjos Siqueira  
Camila Diana Macedo  
Cíntia Maria Rodrigues  
Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes  
Maria Jesus Barreto Cruz  
Maria da Penha Rodrigues Firmes

**DOI 10.22533/at.ed.12019221114**

**CAPÍTULO 15 ..... 150****GÊNERO E VIOLENCIA CONTRA A MULHER COMO FOCO DE ATENÇÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE**

Eveline Christina Czaika  
Maria Isabel Raimondo Ferraz  
Guilherme Marcelo Guimarães da Cruz  
Maria Lúcia Raimondo  
Alexandra Bittencourt Madureira

**DOI 10.22533/at.ed.12019221115**

**CAPÍTULO 16 ..... 158****GRUPOS FOCAIS EM PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**

Silvana Cruz da Silva  
Letícia Becker Vieira  
Karen Jeanne Cantarelli Kantorski  
Caroline Bolzan Ilha  
Adriana Catarina de Souza Oliveira  
Eva Néri Rubim Pedro

**DOI 10.22533/at.ed.12019221116**

**CAPÍTULO 17 ..... 171****NÚCLEO MULTIPROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE-FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS**

Maria Antonia Ramos Costa  
João Pedro Rodrigues Soares  
Hanna Carolina Aguirre  
Ana Maria Fernandes de Oliveira  
Natalia Orleans Bezerra  
Vanessa Duarte de Souza  
Dandara Novakowski Spigolon  
Giovanna Brichi Pesce  
Heloá Costa Borim Christinelli  
Kely Paviani Stevanato  
Neide Derenzo  
Tereza Maria Mageroska Vieira

**DOI 10.22533/at.ed.12019221117**

**CAPÍTULO 18 ..... 182****O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS COM A FISTULA ARTERIOVENOSA EM UM CENTRO DE HEMODIÁLISE**

Karllieny de Oliveira Saraiva  
Monyka Brito Lima dos Santos  
Augusto César Evelin Rodrigues  
Jociane Cardoso Santos Ferreira  
Jeíse Pereira Rodrigues  
Jumara Andrade de Lima  
Magda Wacemberg Silva Santos Souza  
Andréia Pereira dos Santos Gomes  
Bentinelis Braga da Conceição  
Paulliny de Araujo Oliveira  
Rosevalda Cristine Silva Bezerra  
Camilla Lohanny Azevedo Viana

**DOI 10.22533/at.ed.12019221118**

**CAPÍTULO 19 ..... 194****VISITA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Adriana Oliveira Magalhães  
Annelyse Barbosa Silva  
Cristiane dos Santos  
Kélbia Correa dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.12019221119**

**CAPÍTULO 20 ..... 202****VALORIZAÇÃO DA AUTOIMAGEM ATRAVÉS DA DINÂMICA DO ESPELHO**

Jhenyfer Ribeiro Silva

**DOI 10.22533/at.ed.12019221120**

**CAPÍTULO 21 ..... 205****A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSO ENTRE 2013 E 2017 NO MUNICÍPIO PORTO ALEGRE**

Laís Freitas Beck  
Igor de Oliveira Lopes  
Isabel Cristina Wingert  
Kátia Fernanda Souza de Souza  
Raquel de Almeida  
Rithiely Allana Bárbaro  
Maristela Cassia de Oliveira Peixoto  
Geraldine Alves dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.12019221121**

**CAPÍTULO 22 ..... 217****ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL**

Jéssyca Slompo Freitas  
Maria Lúcia Raimondo  
Maria Isabel Raimondo Ferraz  
Alexandra Bittencourt Madureira

**DOI 10.22533/at.ed.12019221122**

**CAPÍTULO 23 ..... 228**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU (NIC II E NIC III) POR CITOLOGIA ONCÓTICA NO PERÍODO DE 2014 A 2017 EM PARNAÍBA - PI

Elizama Costa dos Santos Sousa  
Carlos Leandro da Cruz Nascimento  
Antonio Thomaz de Oliveira  
Vânia Cristina Reis Cavalcante  
Morgana de Oliveira Tele  
Joel Araújo dos Santos  
Bartolomeu da Rocha Pita  
Mayla Cristinne Muniz Costa  
Ana Letícia de Aragão Oliveira Araripe  
Nelsianny Ferreira da Costa  
Tatyanne Silva Rodrigues  
Isadora Batista Lopes Figueiredo  
Simone Expedita Nunes Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.12019221123**

**CAPÍTULO 24 ..... 245**

PREVALÊNCIA DE DORES OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO E SUA INFLUENCIA NA QUALIDADE DE VIDA EM TECNICOS DE ENFERMAGEM NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA - ERECHIM-RS

Bruna Carla Tesori  
Arthiese Korb  
Patricia Bazzanello

**DOI 10.22533/at.ed.12019221124**

**CAPÍTULO 25 ..... 257**

USO DE PRESERVATIVO POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS E A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Thelma Spindola  
Agatha Soares de Barros de Araújo  
Claudia Silvia Rocha Oliveira  
Debora Fernanda Sousa Marinho  
Raquel Ramos Woodtli  
Thayná Trindade Faria

**DOI 10.22533/at.ed.12019221125**

**CAPÍTULO 26 ..... 269**

FATORES DETERMINANTES DA PRÉ-ECLÂMPSIA COM ÊNFASE EM VARIÁVEIS DO PRÉ-NATAL

Mayna Maria de Sousa Moura  
Thayse Iandra Duarte Barreto  
Karla Joelma Bezerra Cunha  
Francisco Lucas de Lima Fontes  
Vanessa Rocha Carvalho Oliveira  
Wesley Brandolee Bezerra Fernandes  
Maria da Cruz Silva Pessoa Santos  
Denise Sabrina Nunes da Silva  
Aline Sousa da Luz  
Mardem Augusto Paiva Rocha Junior  
Hallyson Leno Lucas da Silva

<b>CAPÍTULO 27 .....</b>	<b>281</b>
A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENÁRIO DO NASCIMENTO: PERCEPÇÃO DA PARTURIENTE	
Bruna Rodrigues de Jesus	
Nayara Ruas Cardoso	
Débora Cristina da Silva Andrade	
Diana Matos Silva	
Cristiano Leonardo de Oliveira Dias	
Luciana Barbosa Pereira	
Sibylle Emilie Vogt	
Clara de Cássia Versiani	
<b>DOI 10.22533/at.ed.12019221127</b>	
<b>CAPÍTULO 28 .....</b>	<b>292</b>
A SAÚDE DOS IDOSOS NA PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS	
Iara Sescon Nogueira	
Pamela dos Reis	
Ieda Harumi Higarashi	
Sonia Silva Marcon	
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera	
<b>DOI 10.22533/at.ed.12019221128</b>	
<b>CAPÍTULO 29 .....</b>	<b>298</b>
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM EXCESSO DE PESO: ASPECTOS ANTROPOMÉTRICOS, PRESSÓRICOS E LABORATORIAIS NA CONSULTA INICIAL EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	
Heloisa Ataide Isaia	
Leris Salete Bonfanti Haeffner	
<b>DOI 10.22533/at.ed.12019221129</b>	
<b>SOBRE A ORGANIZADORA.....</b>	<b>309</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>310</b>

## A FORMAÇÃO ACADÊMICA NO CURSO DE ENFERMAGEM PARA LIDAR COM O PROCESSO DE MORTE/MORRER

**Monyka Brito Lima dos Santos**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

**Carleana Kattwilly Oliveira**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA

**Valdênia Guimarães e Silva Menegon**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

matriculados, maiores de 18 anos. O Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão com CAAE 43839115.5.0000.5685. Os entrevistados relataram que apesar de viverem em sala de aula não nos prepara para a realidade, pois ficamos frustrados quando um paciente evolui a óbito e não sabemos lidar com um paciente em estado terminal. Sentem-se despreparados para enfrentar essa situação, pois na faculdade não há espaço para se falar sobre o tema para podermos expressar o que sentimos sobre a morte. Isso por que, no processo de formação, a contextualização e formação dos acadêmicos de enfermagem para lidar com processo de morte é realizado de forma breve e superficial o que não nos prepara para realidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Curso de Enfermagem. Morte. Sofrimento Mental.

### ACADEMIC TRAINING IN THE NURSING COURSE TO DEAL WITH THE DEATH / DIE PROCESS

**ABSTRACT:** The National Nursing Bachelor Degree Curriculum Guidelines require considerable discussion about changes in health education to cope with the process of death and dying, as it will take care of the person in life on the verge of death. The objective of this study was to analyze how nursing undergraduates

juggle their own academic formation to deal with the death / dying process, verifying their own emotional capacities and how they view the death process approach in academic formation. Descriptive qualitative research that used the phenomenological method, as well as the content analysis of Bardin (2011). The sample consisted of 15 undergraduate students of the tenth period of the Nursing course of a public university in the city of Caxias-MA, were duly enrolled undergraduates, over 18 years old. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the State University of Maranhão with CAAE 43839115.5.0000.5685. Respondents reported that although living in the classroom does not prepare us for reality, we are frustrated when a patient dies and we do not know how to deal with a terminally ill patient. They feel unprepared to face this situation, because in college there is no space to talk about the subject so we can express what we feel about death. This is because, in the training process, the contextualization and training of nursing students to deal with the death process is performed briefly and superficially, which does not prepare us for reality.

**KEYWORD:** Nursing Course. Death. Mental Suffering.

## 1 | INTRODUÇÃO

É notório que desde os primórdios da Enfermagem, o cuidado ao ser humano é a essência da profissão, cuja força de trabalho emana em favor da vida, realizando tarefas voltadas à cura das doenças e à recuperação da saúde. No entanto, como profissionais da saúde, é corriqueiro o defronte com o resgate da vida e também com situações de morte e com a necessidade de aceitar esse fato como um processo natural do ciclo evolutivo (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014).

Sendo a morte um processo ligado à vida, é imprescindível que o enfermeiro tenha a habilidade necessária para lidar com a morte e suas respectivas consequências para familiares e profissionais de enfermagem, como por exemplo, administrar seus próprios sentimentos sobre a morte. Ribeiro e Fortes (2012), dizem que na vida profissional, a ausência de reflexão sobre a morte pode levar a um ciclo de manutenção do preconceito, o que leva o profissional a uma sobrecarga geradora de sofrimento, podendo ser responsável pelo sofrimento psíquico nos enfermeiros, como depressão ou até síndromes.

Marçal et al. (2014), explicam que muitas discussões e considerações são feitas acerca das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), da graduação, do currículo e de outros aspectos da formação do profissional de Enfermagem, existe uma discussão consideravelmente sobre mudanças na formação em saúde. Sobre o processo de morte e o morrer, certamente, carecem de estudos no que se refere ao processo de formação do enfermeiro, uma vez que ele irá cuidar da pessoa na vida, na iminência de morte.

Em relação ao contato dos acadêmicos de enfermagem com a morte, além das aulas de anatomia, identifica-se o aprendizado dos estudantes no preparo do corpo

pós-morte, no qual o corpo sem vida é submetido ao preparo, que possui rotinas pré-estabelecidas, normalmente de acordo com a cultura da sociedade e rigor técnico na prática. Diante do corpo sem vida, o acadêmico de enfermagem pode se sentir protegido das angustias que a prática direta com doentes ocasiona, embora nesse momento muitos possam sentir-se expostos a angústia que a morte provoca (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011).

Os cursos de enfermagem preparam os alunos para o êxito profissional, no entanto, se esquecem ou tentam negar o fato de que estes enfrentarão a perda, e sem preparo não saberão como lidar com o acontecimento, muito menos repassar conforto aos familiares que sofrem a perda, o que justifica o presente estudo, pois é relevante à classe acadêmica, profissionais assistencialistas e educares de enfermagem conhecer se o processo de formação dos futuros enfermeiros está preparando adequadamente ou não os graduandos de enfermagem para o enfrentamento da morte dos pacientes quando estiverem exercendo a profissão.

Neste contexto, objetivou-se analisar como os graduandos de enfermagem jugam a própria formação acadêmica para lidar com o processo de morte/morrer, verificando suas próprias capacidades emocionais e o como estes veem a abordagem do processo de morte na formação acadêmica. Sobre isto, Bandeira et al. (2014) afirmam que trabalhar com o processo de morte/morrer durante a academia denota ofertar o conhecimento para os estudantes com propósito de que percebam esse fenômeno como um processo no qual o sujeito da ação é o paciente e, por conseguinte, seu familiar, devendo o profissional de enfermagem estar livre de qualquer reação ligada a esse processo de perda.

No entanto, o profissional de enfermagem apresenta dificuldades em conviver com o paciente que vivencia finitude, por experimentar de maneiras potencializadas estes sentimentos conflitantes, provenientes do despreparo, ocasionando um distanciamento entre profissional e paciente, bem seus familiares, o que não condiz com o cuidado humano e acolhedor. É importante durante a graduação de enfermagem um melhor preparo destes profissionais para o enfrentamento de situações que envolvam a vivencia com o processo de morte/morrer dos pacientes, além de apoio psicológico para lidar com a situação de perda, angustia, frustrações e morte (LIMA et. al., 2014).

Diante do exposto, Almeida, Sales e Marcon (2014), apontam a necessidade de o profissional de enfermagem estar preparado para lidar com a morte e não a negar no cuidado, uma vez que este profissional, enquanto cuidador, pode ajudar o paciente em seu morrer ao ter os princípios éticos dos cuidados paliativos como fio condutor de sua prática no cuidado, podendo ainda, preservar a dignidade desse indivíduo e auxiliá-lo no enfrentamento e no reconhecimento de sua morte.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A amostra de pesquisa contou com 15 acadêmicos do decimo período do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, no campus do município de Caxias, Maranhão, Brasil. A referida instituição foi escolhida por se tratar da entidade de ensino, na área da Enfermagem, mais antiga da região.

Como critérios de inclusão da amostra foram selecionados acadêmicos de enfermagem que cursavam o decimo período da referida instituição e aceitarem de livre e espontânea vontade participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Excluiu-se da investigação os acadêmicos que não estiveram em consonância com os itens supracitados.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a outubro de 2015, a partir de um questionário aberto. Quanto aos dados coletados, a análise do conteúdo se deu pelo método de Bardin (2011) considerando e observando as técnicas de comunicações em relação às respostas dos sujeitos pesquisados.

O Estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão sob o registro de número CAAE 43839115.5.0000.5685. Os pesquisadores responsáveis comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## 3 | RESULTADOS E DISCUÇÕES

As falas selecionadas para esta unidade descrevem o preparo dos acadêmicos no curso de enfermagem sobre o processo de morte/morrer. Os relatos que seguem apontam que os participantes da pesquisa, quando questionados sobre sua formação em relação ao fenômeno morte, apresentaram opiniões divididas entre estarem e não estarem aptos para o enfrentamento da morte dos pacientes quando estiverem exercendo a profissão, alguns demonstraram aspectos de desconforto ao falar sobre a temática e a possibilidade da perda dos futuros pacientes.

Apesar de vivermos em sala de aula não nos prepara para a realidade, pois ficamos frustrados quando um paciente evolui a óbito e não sabemos lidar com um paciente em estado terminal (Acd 3).

Não estou preparada para lidar com isso (Acd 5)

Não sou preparada, acabo deixando o lado emocional tomar conta e tenho medo de dar a notícia aos familiares (Acd 11).

Me sinto despreparado para enfrentar essa situação, pois na faculdade não há espaço para se falar sobre o tema para podermos expressar o que sentimos sobre a morte (Acd 14).

É primordial que o graduando do curso de enfermagem, possa contar com a oportunidade de dialogar na academia sobre seus temores frente à morte, pois assim eles saberão como lidar melhor com seus sentimentos de forma mais tranquila, sem causar-lhe um desequilíbrio psicossocial, devido à frustração de não poder exercer a função para a qual foi qualificado, isto é, salvar vida.

Percebe-se que a morte incomoda e desafia a onipotência humana e profissional, pois os profissionais da área da saúde são ensinados a cuidar da vida, mas não da morte. Prova deste fato é que na maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, não existe uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva e biologicista (BANDEIRA, 2014).

O acadêmico de enfermagem é habilitado com técnicas que favoreçam o êxito da cura de seus pacientes, em campo se deparam com a realidade da morte, nesse momento recai sobre os enfermeiros a sensação da perda de seu paciente para a morte. A evolução do paciente ao óbito é tida como fracasso no campo da saúde, pois o profissional entende que não conseguiu resguardar a vida pela qual ele empenhou-se ao máximo.

A morte, em geral, causa grande impacto na vida das pessoas. O modo como cada um comprehende ou vê a morte, ou ainda como estes a relacionam em suas vivências pessoais ou profissionais, faz diferença no enfrentamento desse processo (KUSTER; BISOGNO, 2010). Por conseguinte, a formação do enfermeiro, deve lhe dar base para enfrentar o processo da morte, de forma que este saiba lidar com seus sentimentos. Isso é possível através de diálogos claros, abertos nos cursos que possibilite o estudante exporem o que pensa sobre a morte.

Nota-se pela análise dos discursos, divergências a respeito de como é a abordagem da morte em sala de aula, alguns demonstraram estar cientes de uma discussão consistente sobre o processo de morte/morrer enquanto outros dizem que quando há uma tentativa de se falar sobre a morte, esta não supri a necessidade que o tema exige. As falas que seguem apontam isso:

De forma breve o que não nos prepara para realidade (Acd 3).

Acho que essa abordagem é meio relapsa e fragmentada, deveria ter mais enfoque (Acd 10).

Muito vago, é pouco falado e enfatizado (Acd 11).

Quando é abordado é pouca a relevância (Acd 12).

De forma superficial, sem muito diálogo a respeito, apenas fala-se de leis que resguarde o enfermeiro caso de se cogitar erros (Acd 13).

Houve uma prévia sensibilização quanto ao processo de morte, na qual recomendou-se a manutenção do processo de humanização, mas o não envolvimento emocional com o paciente (Acd 8).

Foi abordado com o auxílio de textos que contextualizavam o tema (Acd 7).

De forma contextualizada, na qual aborda-se o processo com base na vivência e na literatura (Acd 8).

É abordado de forma que nós acadêmicos saibamos lidar com o processo para podermos nos preparar e lidar com a situação e passarmos para a família do paciente de forma humanizada (Acd 4).

De acordo os Art. 3º e 4º, de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem, o enfermeiro tem em seu perfil, formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, devendo realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Segundo Veiga (2002), o projeto político-pedagógico vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas, sendo assim, o projeto não é algo que é construído e em seguida arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova do cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo.

Deste modo, as DCNs, ao determinarem a criação de um PPC, o fazem com o propósito de que tal documento oriente o currículo do curso de graduação e tenha uma identidade própria que considere o panorama político, social, econômico e cultural da sociedade, preparando o profissional de Enfermagem para atuar na transformação da educação e da saúde (BRASIL, 2006).

Sobre a morte e o morrer Pinho e Barbosa (2008), atestam que são constitutivos da vida e, certamente, carecem de estudos no que se refere ao processo de formação do enfermeiro, uma vez que ele irá cuidar da pessoa na vida, na iminência de morte.

Apesar de que nas Escolas de Ensino Superior dos Cursos de Saúde, a humanização seja tema constante na formação do enfermeiro, o que se ver na prática, no que se refere à morte, esta é tratada sobre a perspectiva legal, técnica, ética, burocrática, onde o enfermeiro deve desempenhar nada mais que seu o papel de gerenciador de tarefas.

Bernieri e Hirdes (2007), argumentam que em consequência disso, o preparo do estudante ainda enfatiza o lidar com a vida no que tange aos aspectos técnicos e práticos da função profissional, com pouca ênfase em questões emocionais e na instrumentalização para o duelo constante entre vida e morte.

A falta de uma comunicação franca dentro dos cursos de enfermagem pode resultar em profissionais incapazes de atender plenamente os pacientes e seus familiares. Alguns dos participantes revelaram ter tido a oportunidade de discutir

sobre o tema, porém consideram não ter sido o suficiente para saberem como agir diante de uma situação complexa que é a morte.

Fraco, pois acho que diante dessa situação não saberei como lidar, pois trata-se de uma situação delicada e significativa para os envolvidos, ou seja, pacientes, família e equipe de saúde (Acd 13).

Regular (Acd 12)

Ruim, já que é muito fragmentada esta abordagem (Acd 10).

Estudos sobre as concepções, reflexões, sentimentos e o preparo de estudantes de enfermagem frente a situações que envolvem a morte e o morrer têm sido publicados, havendo consenso entre os pesquisadores de que pouca atenção vem sendo dada à temática na formação do enfermeiro, acarretando dificuldades e inadequações no enfrentamento dessas situações em seu cotidiano de trabalho (VARGAS, 2010).

Diferente dos participantes referidos nos trechos anteriores, que se mostram despreparados, ou ainda aquele que afirmaram ter um preparo deficiente, os relatos dos graduandos a seguir denotam confiança quando for necessário lidar com a morte de pacientes, mesmo com pouco debate relativo ao processo da morte.

Verificou-se que novamente aparece nos discursos em referência ao conceito de morte biológica, natural a processo da vida, no qual o corpo, juntamente com os seus órgãos, para de funcionar resultando na não existência da vida. Denotando uma tentativa dos acadêmicos de manterem-se inertes quando estiverem frente ao processo da morte.

Mesmo a temática não fazendo parte da grade eu considero que eu tô preparado para conviver com a realidade de ver mortes, pois devido ser uma ação natural e inevitável e de tanto a gente ver acontecer passa a ser normal, nos tornamos pessoas frias (Acd 2).

Sim, me considero um pouco preparada para enfrentar ou lidar com esse processo de morte e morrer, pois a minha formação me preparou, ou seja, cada situação vivida de alguma forma nos faz entender que a vida em algum momento deve existir um fim, ou descanso (Acd 4).

Me sinto preparada apesar de pouco se falar na faculdade, mas busco me informar e ler a respeito do assunto (Acd 15).

Não posso afirmar está 100% preparada, pois acredito que o aprendizado é constante, porém de um tema abordado na academia, e que inevitavelmente estará presente durante minha vida profissional, estou pronta para o desafio (Acd 7).

A despeito das evidências científicas sobre necessidade de preparar o graduando para enfrentar a morte o currículo nas instituições de ensino superior na área da saúde ainda não tem assegurado a contextualização da temática de modo consistente e realístico (GERMANO; MENEGUIN, 2013).

Pinho e Barbosa (2010), ressaltam a importância da inclusão do tema da morte nos currículos das escolas de saúde, de forma que os futuros profissionais tenham um espaço acadêmico para discutir questões a ele inerentes, preparando-se para cuidar de pessoas em situação de finitude e para cuidar de si mesmos, enquanto cuidadores expostos a um cotidiano de trabalho onde a morte se faz muito presente.

Os sentimentos de medo, dor, sofrimento expressados pelos estudantes durante a pesquisa, evidenciam a primordialidade de se ter nos currículos dos cursos de graduação de enfermagem, a inserção de disciplinas que abordem o tema morte de maneira ampla, a fim de aprofundar os conhecimentos dos futuros profissionais enfermeiros sobre a temática, com intenção de formar profissionais aptos a controlar suas emoções.

Esta capacidade de gerir as emoções e interpretar simultaneamente os dos outros, é especialmente útil no desempenho das funções de enfermagem, e a capacidade de avaliar e distinguir entre as respostas emocionais dos pacientes pode ser fundamental no estabelecimento de um relacionamento eficaz e significativo entre o enfermeiro e o paciente (VENEGAS; ALVARADO, 2012).

Sobre isto, Alves e Cogo (2014), expõe que durante os estágios em ambiente hospitalar, os estudantes de enfermagem vivenciam diversos sentimentos durante a realização das tarefas acadêmicas, tais sentimentos são pouco trabalhados ou dialogados pelos professores e preceptores, quando essas vivências e sentimentos são ignorados, podem levar os acadêmicos à angustia e aflições ao sofrimento acentuados, influenciando de modo negativo na vida pessoal e aprendizagem do estudante.

No que tange à compreensão do processo de morte e morrer pelos graduandos de enfermagem, em ascensão ao um futuro profissional enfermeiro, esta se dará a partir do momento em que os sujeitos começarem a cogitar a possibilidade de refletir sobre sua própria morte, entendendo a finitude do homem como parte inerente a vida. Assim os acadêmicos quando enfermeiros saberão lidar com seus sentimentos, emoções e medos, assim como os de seus pacientes e familiares.

É preciso aludir à complexidade que envolve a profissão do enfermeiro, pois, além de cuidar de vidas humanas, muitas vezes em situação de dor, sofrimento, miséria e morte, ela também é influenciada pela configuração do serviço de saúde e de enfermagem, os quais são igualmente complexos e fragmentados (PIRES et al., 2014).

Silva Junior et al. (2011), falam sobre a urgência da implementação de ações direcionadas a preparação dos profissionais de saúde, especialmente, de enfermagem uma vez que se acercam a todo instante e de modo íntimo dos sentimentos, das frustrações e dos medos que são próprios da cultura e dos vividos de cada indivíduo que padece. Neste sentido, é relevante valorizar a dimensão emocional da equipe de enfermagem, destacando que antes de cuidar do outro que está morrendo, é preciso cuidar da emoção dos que cuidam.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início de sua formação o estudante de enfermagem tem a ideia de que irá lutar preservando a vida, em oposição com a possibilidade da morte. Sua formação acadêmica é fundamentada na cura, sendo esta sua maior gratificação pessoal e profissional. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com situações que envolvem a morte/morrer, sentem-se despreparados e tendem a se afastar delas.

Embora a instituição de ensino superior oferte aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de desenvolver, dentro do curso, suas habilidades referentes à relação enfermeiro-paciente, por meio da incursão de disciplina extremamente técnica recebendo variações em sua intitulação nos cursos de Enfermagem, a saber, Bases técnicas da assistência de Enfermagem, fundamentos de enfermagem, entre outros, na maior parte dos cursos de formação de profissionais da saúde, não existe uma disciplina curricular que trate do assunto de forma não defensiva, abrindo espaço para discussão das subjetividades.

Há uma carga para os profissionais de saúde que se empenham numa luta de vida e morte contra as doenças, e que, muitas vezes, veem seus empenhos frustrados, e têm que lidar com a dificuldade de não saber o que falar com seus pacientes e familiares sobre o porquê a não melhora e sobre possível morte. É crucial para os acadêmicos de enfermagem estudar as concepções culturais do processo de morte nas diferentes sociedades, a fim de possibilitar aos futuros profissionais de enfermagem a assimilação de seus próprios valores e crenças diante do processo de morrer e da morte bem como suas atitudes e ações relacionadas com as questões do cotidiano que influenciam a sua vida pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. S. L.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, n.1, p.34-40, 2014.
- ALVES, E. A. T. D.; COGO, A. L. P. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.35, n.1, p.102-109, mar, 2014.
- BANDEIRA, D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermagem sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contextos Enferm**, v.23, n.2, p. 400-407, abr-jun, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.1, p. 89-96.jan-mar, 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de novembro de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília. 2001.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Saúde. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Brasília, 2006.

GERMANO, K. S.; MENEGUIN, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p.522-528, 2013..

KUHN, T.; LAZZARI, D. D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 6, p.1075-1081, nov-dez, 2011.

KUSTER D. K.; BISOGNO, S. B. C. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disc. Scientia**. Série: ciências da saúde, v.11, n.1, p.9-24, 2010.

LIMA, P. C. et al. O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. **Esc Anna Nery**, v.18, n.3, p. 503-509. 2014.

MARÇAL, M. Análise dos projetos pedagógicos de cursos de graduação em enfermagem. **Rev Baiana de Enfer.**, v.28, n.2, p.117-125, maio-ago, 2014.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A morte e o morrer no cotidiano de docentes de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.2, p.243-248, abr-jun, 2008.

PINHO, L. M. O.; BARBOSA, M. A. A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer. **Rev. Esc Enferm. USP**, v.44, n.1, p. 107-112. 2010.

PIRES, A. S. et al. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm UERJ**, v.22, n.5, p.705-711, set-out 2014.

RIBEIRO, D. B.; FORTES, R. C. A morte e o morrer na perspectiva de estudantes de enfermagem. **Rev de Divulgação Científica SENA AIRES**, v.1, n.1. p.32-39, jan-jun, 2012.

SILVA JÚNIOR, F. J. G., et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.64, n.6, p.1122-1126, nov./dez, 2011.

VARGAS, D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de Enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.3, p.404-410, 2010.

VEIGA, L. P. A. **Projeto Político-Pedagógico da Escola: uma construção possível.** ed.14. Papirus, 2002.

VENEGAS, M. E.; ALVARADO, O. S. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. **Acta Paul Enferm.**, v.25, n.4, p.607- 613, 2012.

## TRANSTORNOS DO USO DE TABACO EM TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM

**Sônia Regina Marangoni**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM), Maringá - Paraná.

**Beatriz Ferreira Martins Tucci**

Doutoranda do PSE/UEM, Maringá - Paraná.

**Aroldo Gavioli**

Doutorando do, Maringá - Paraná.

**Bruna Diana Alves**

Mestranda do PSE/UEM Maringá - Paraná.

**Aline Vieira Menezes**

Graduanda em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Paraná

**Magda Lúcia Félix de Oliveira**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do PSE/UEM, Coordenadora do Centro de Controle de Intoxicações de Maringá.

Minayo. Emergiram duas em duas categorias temáticas; a experiência de estar fumante e; a relação trabalho e busca pela cessação tabágica. O relato do comportamento aditivo familiar, do estresse no ambiente de trabalho, do medo de doenças e da discriminação profissional estavam presentes na apreensão do fenômeno iniciação e cessação tabágica, corroborando com os dados de literatura para a população brasileira. Embora haja imitações neste estudo, haja visto que se trata de uma população pequena, em um centro de saúde específico, o estudo permite inferir que há necessidade de implementação de um programa que possa contribuir para a cessação tabágica entre os trabalhadores de saúde, haja vista que, eles são os profissionais responsáveis por apoiar/ministrar programas que visam a redução do tabagismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tabagismo; Saúde da Mulher; Equipe de Enfermagem; Assistência à Saúde.

**TOBACCO USE DISORDER IN NURSING WORKERS**

**ABSTRACT:** Qualitative, sequential, case series study, conducted in a teaching hospital in southern Brazil, whose objective was to grasp the contexts of initiation, maintenance and the difficulties related to smoking and professional

**RESUMO:** Estudo qualitativo, sequencial, do tipo série de casos, realizado em um hospital ensino do sul do Brasil, cujo objetivo foi apreender os contextos da iniciação, manutenção e as dificuldades relacionadas ao tabagismo e a atuação profissional, vivenciadas por trabalhadoras de enfermagem. Foi utilizado três questões disparadoras a fim de promover a discussão sobre os contextos da iniciação e manutenção do tabagismo. Os depoimentos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo na modalidade temática proposto por

practice experienced by nursing workers. The statements were submitted to the content analysis technique in the thematic modality proposed by Minayo. Two thematic categories emerged; the experience of being a smoker and; relationship at work and the search for smoking cessation. The report of family addictive behavior, stress in the workplace, fear of illness and professional discrimination were present in the apprehension of the phenomenon of smoking initiation and cessation, corroborating the literature data for the Brazilian population. Although there are imitations in this study, since it is a small population in a specific health center, the study allows us to infer that there is a need to implement a program that can contribute to smoking cessation among health workers, given whereas, they are the professionals responsible for supporting / administering programs aimed at reducing smoking.

**KEYWORDS:** Tabaco use disorder; Women`s health; Nursing team; Delivery of health care.

## 1 | INTRODUÇÃO

O tabagismo é responsável por altas taxas de morbimortalidade prematura mundialmente. No século XX, os derivados de tabaco causou o óbito de aproximadamente 100 milhões de pessoas em todo mundo(VIANA et al., 2018).

Uma em cada dez mortes em todo o mundo é causada pelo uso do tabaco. A Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui sete milhões de mortes às doenças relacionadas ao tabagismo, seis milhões delas são resultado do uso direto do tabaco, enquanto cerca de um milhão são em decorrência da exposição, denominados fumantes passivo(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

A epidemia global do tabaco tem proporções pandêmica, com cerca de 1,3 bilhão de usuários. Os riscos à saúde decorrem do consumo direto do tabaco e da exposição passiva à nicotina. Os derivados do tabaco são responsáveis pelo maior número de mortes evitáveis e caso persistam os padrões atuais de consumo, a OMS estima, por projeção, que as mortes relacionadas ao tabaco cheguem a um patamar de 8 milhões em 2030, ou seja, 10% das mortes globais, caso medidas de controle não sejam adotadas. (JOSÉ et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O Brasil é exemplo mundial no tocante à adoção de políticas de enfrentamento ao tabagismo e tem apresentado expressiva queda na prevalência do consumo desde a implementação de medidas pelo Ministério da Saúde (MS) no final da década de 1980, com a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) e campanhas antifumo. Dentro outras ações, incluem: promoção de ambientes livres de tabaco e a proibição do consumo em espaços coletivos fechados; adoção de restrições à publicidade e propaganda; políticas de preços e impostos para o setor; impressão de advertências nas embalagens dos cigarros; limitação dos teores de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono e o tratamento do fumante pelo Sistema Único de Saúde (SUS) além de ações de vigilância epidemiológica(MACHADO; SILVEIRA, 2014).

Aparentemente, estas ações foram responsáveis pela redução da proporção de fumantes na população brasileira. Estudo aponta importante diminuição da prevalência do tabagismo, indicando redução populacional de 15,6% em 2006 a 10,8% em 2014, contudo, nas mulheres a redução foi mais lenta, de 12,4% para 9%. O impacto da queda da prevalência do tabagismo reflete nos indicadores de mortalidade nas três ou quatro décadas seguintes (MALTA et al., 2017).

Estudo aponta que a diminuição da prevalência do tabagismo entre as mulheres ocorre de forma mais lenta do que entre os homens, além disso, a da taxa de mortalidade, também foi menor no sexo feminino (29,2%) do que no masculino (32,6%), nos últimos 25 anos, permanecendo com proporções inaceitáveis. Revela ainda que os grupos que merecem maior atenção de ações governamentais são mulheres e adolescentes (JOSÉ et al., 2017).

As mulheres apresentam menor probabilidade de sucesso na cessação tabágica, uma vez que ela inicia o consumo, elas são menos propensas ao abandono do hábito. Várias diferenças individuais, entre homens e mulheres, podem influenciar na eficácia das medidas de cessação do consumo e conhecer as características que influenciam o hábito de fumar e a os fatores que influenciam o processo de cessação tabágica, pode fornecer subsídios para uma maior eficácia das intervenções (COSTA et al., 2016).

Estudo indica que a prevalência do hábito tabágico e o tabagismo ocasional entre mulheres da área de saúde é preocupante(MACHADO; SILVEIRA, 2014). Há evidências de que o tabagismo entre os profissionais da saúde, impacta negativamente em decorrência da assistência que prestam. A prevalência do tabagismo entre os profissionais de saúde, comparativamente à população geral, varia em âmbito mundial. Em países desenvolvido, ela é menor nos trabalhadores de saúde, contudo, em países em desenvolvimento a prevalência é semelhante e, às vezes, até maior do que na da população geral(BARBOSA; MACHADO, 2015).

O tabagismo pode comprometer a credibilidade do profissional de saúde, dado que é esperado que eles sirvam como exemplo à comunidade em relação à adoção de hábitos saudáveis. Além disso, o tabagismo funciona como preditor negativo para intervenções de prevenção e cessação tabágica, uma vez que, profissionais tabagistas tendem a abordar com menor frequência assuntos referentes à prevenção e cessação de tabágica com seus pacientes, em comparação aqueles não tabagistas(BARBOSA; MACHADO, 2015). A expectativa social é que trabalhadores da área da saúde sejam modelos de comportamento, uma vez que eles participam diretamente do estabelecimento de políticas de saúde visando à promoção da saúde e prevenção de doenças e são vistos como marcadores da efetividade de programas antitabagismo e antialcoolismo(REISDORFER et al., 2016)

A importância dos profissionais de saúde na luta antitabágica, ocorre pela proximidade desses profissionais com os pacientes, a oportunidade de rastreamento de risco para o tabagismo, de realizar intervenção breve e fazer o diagnóstico precoce

de doenças relacionadas ao tabagismo. No entanto, ao adotarem um comportamento não saudável, eles levam à incongruência de comportamentos e ao desencontro entre o que o profissional faz e o que ele preconiza. Esse antagonismo, pode reduzir a disposição dos clientes em aderir às recomendações relativas à interrupção do hábito e a disposição do próprio profissional que fuma em abordar sobre o tema (BARBOSA; MACHADO, 2015; MACHADO; SILVEIRA, 2014). Nesse contexto, o objetivo do estudo foi apreender os contextos da iniciação, manutenção e as dificuldades relacionadas ao tabagismo e a atuação profissional, vivenciadas por trabalhadoras de enfermagem.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e sequencial, do tipo série de casos, realizado em um hospital ensino do sul do Brasil, desenvolvido por pesquisadores que possuem experiência na área de drogas de abuso do Núcleo de Pesquisa de um Centro de Controle de Intoxicações (CCI).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino; utilizar exclusivamente derivados de tabaco; atuar como enfermeira e/ou técnica de enfermagem nos diversos setores do hospital; atuar em um dos três turnos de trabalho - matutino, vespertino e noturno e; aceitar participar da pesquisa. Como critérios de exclusão adotou-se: sexo masculino; não estar em atividade na unidade hospitalar na data estipulada para a coleta em decorrência de férias, licença saúde, licença maternidade.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável composto por questões para caracterização sócio demográfica das profissionais, seguido de um instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* - ASSIST/OMS (HUMENIUK et al., 2008) utilizado como direcionador do estudo, posteriormente, naquelas profissionais que foi detectado o hábito de fumar, foi aplicado o *Fagerström Test for Nicotine Dependence Test* - FTND, uma escala que permite classificar a dependência física de nicotina (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016). Na sequência havia três questões disparadoras a fim de promover a discussão sobre os contextos da iniciação e manutenção do tabagismo, as quais foram utilizadas como base deste estudo: Como foi a primeira vez que fumou? Você acredita que o trabalho permite que você continue fumando? Sente vontade de cessar o uso do tabaco?

Os dados de caracterização da amostra e dos instrumentos de rastreamento foram compilados com o uso do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* - SPSS 24<sup>®</sup> da IBM, e os depoimentos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo na modalidade temática proposto por Minayo (2017). As falas foram identificadas com o número da entrevistada seguido da idade do início do tabagismo seguido e os resultados apresentados em duas categorias temáticas: A experiência de estar fumante e A relação trabalho e busca pela cessação tabágica.

O estudo respeitou as exigências formais regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (parecer 1.963.546/2017). Para assegurar o anonimato as participantes da pesquisa, elas foram identificadas de acordo com o número do caso e a idade de iniciação do tabagismo.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 145 profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, 112 (77,2%) responderam positivamente ao uso de tabaco, álcool e outros drogas de abuso através do instrumento ASSIST. Em 54 profissionais (48,2%), o consumo ocorreu de forma associada o tabaco e outras drogas de abuso, nos últimos três meses.

Onze profissionais de saúde (7,5%), responderam positivamente aos instrumentos de rastreamento como sendo usuárias exclusivas de derivados de tabaco. Todas informaram utilizar o cigarro industrializado há mais de dez anos e oito delas consumiam entre 10 a 20 cigarros/dia.

Com relação a faixa etária, as onze profissionais de saúde da equipe de enfermagem, estavam entre 28 e 58 anos de idade, com média de 42,2 anos. Elas auto referiram ser da raça/cor branca. Quanto a religião, seis eram católicas, duas evangélicas e três agnósticas.

Com relação aos problemas de saúde apresentados, em decorrência ao uso crônico do tabaco, as principais doenças mencionadas foram os problemas pulmonares como: doença pulmonar obstrutiva crônica e bronquite.

A exposição aos derivados do tabaco é o principal fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas (MOREIRA-SANTOS; GODOY, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). O tabagismo é um fator de risco modificável, portanto, a cessação tabágica, constitui uma das principais estratégias de prevenção das doenças associadas ao consumo e mostrando-se uma medida eficaz na promoção da saúde e melhor prognóstico de doenças (COSTA et al., 2016).

No início do consumo do tabaco, as consequências para a saúde decorrentes do seu consumo passaram largamente despercebidas, com raras menções na literatura. Todavia, hoje sabemos que o consumo de derivados de tabaco, dentre outros danos evitáveis à saúde, desencadeia e/ou potencializa patologias, como a diabetes e hipertensão, promove o envelhecimento cutâneo precoce, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças pulmonares, além de ser responsável por quase 90% dos casos de câncer de pulmão (VIANA et al., 2018).

Elevado número de óbitos por câncer de brônquios e pulmão podem estar intimamente associadas ao tabagismo, uma vez que a região sul, lidera a prevalência de fumantes em todo território nacional. Estima-se que o aumento da taxa de

mortalidade se deva ao aumento crescente do número de mulheres tabagistas, o que eleva o risco de desenvolvimento três de doenças relacionadas ao tabagismo, as doenças cardíacas, pulmonares e neoplasias. Além disso, o perfil de mortalidade observado nas populações mais idosas, pode estar associado à experiência do tabagismo no passado(PANIS et al., 2018).

Com relação a iniciação do tabagismo, os dados deste estudo corroboram com a literatura, onde a idade média da iniciação do tabaco foi aos 17 anos, com uma variação de oito a 30 anos, e os principais motivo para uso se deu por curiosidade, pela novidade do uso, modismo ou por imaturidade(VIANA et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

### **A experiência de estar fumante**

Neste estudo, as profissionais de saúde revelam que o hábito de fumar se deu na adolescência, quando são influenciáveis, e os motivos não diferem dos demais. Contudo, o hábito de fumar, se deu principalmente entre pessoas do convívio íntimo familiar, dentre eles, pai, mãe, tio e primos, elas revelam convívio íntimo com o cigarro no dia a dia, desde a infância.

São muitas as razões que levam ao tabagismo, motivação genética, psicológica e sociológica, dentre outras, no entanto, a motivação genética, é tida como a mais cômoda, pois exime a sociedade e o poder público de suas responsabilidades. A pessoa é levada a fumar por fatores hereditários, e os fatores psicológicos e sociais agiriam apenas como causas em terreno propício. Contudo, os motivos psicológicos e sociológicos que levam um adolescente a fumar são inúmeros e variam conforme a atitude e comportamento da comunidade e/ou grupo a que ele está inserido, da família e dele próprio(MUAKAD, 2014).

Estudo com estudantes de 15 anos de idade em 35 países europeus e norte-americanos foram conduzidos para examinar a contribuição da família, da escola e dos fatores de pares na explicação da associação entre influência familiar e tabagismo, revelou que adolescentes de famílias baixa renda tinham um risco aumentado de fumar em comparação com adolescentes de famílias afluentes. Fatores familiares e escolares mediaram a associação entre afluência familiar e tabagismo em até 100% (meninos) e 81% (meninas) em análises conjuntas. Os fatores únicos mais importantes foram a estrutura familiar, relações com os pais, desempenho acadêmico e satisfação escolar. Os fatores de pares não mediam a associação entre afluência familiar e tabagismo entre adolescentes(MOOR et al., 2015).

*[...] meu pai fumava e me pedia para eu acender o cigarro. Como era aceso na chama do fogão, tinha que tragá porque senão ele (o cigarro) não acendia (E 2, 8 anos).*

*[...] acendendo o cigarro da minha mãe (E 4, 15 anos).*

*[...] usei brincando junto com os primos quando crianças (E 5, 9 anos).*

*[...] meu tio fumava, e comecei (a fumar) com ele (E 7, 14 anos).*

[...] comecei “fumando” um cigarro do meu primo (E 11, 18 anos).

Crianças que vivem em meio de fumantes, acabam adquirindo a experiência do tabagismo. No começo fuma por curiosidade, depois passam a fumar ocasionalmente, em seguida com maior frequência, até atingir uma etapa do consumo diário. Na medida em que os anos vão se passando, a influência familiar diminui e os adolescentes tendem a sofrer a influência e pressões do grupo que integram. Outro fato preocupante, é que os jovens hoje em dia fuma progressivamente em maior proporção e começa cada vez mais cedo(MUAKAD, 2014).

Segundo a OMS, a população feminina representa cerca de 20% dos fumantes no mundo, ou seja, quase 250 milhões de tabagistas. Atualmente, prevalência das taxas do tabagismo na mulher encontra-se em ascensão em vários países, contudo, no Brasil, o tabagismo nesta população tem se mantido estável. Todavia, elas tem sido alvo estratégico das indústrias do tabaco, considerando que novos usuários são necessários para substituir os atuais fumantes que correm o risco de adoecer e morrer prematuramente devido às doenças relacionadas ao tabagismo(MALTA et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Estudo revela que embora a mulher tenha iniciado o hábito de fumar depois do homem, a partir do século XX, houve um incremento no número de mulheres fumantes mundialmente, desde então, essa tendência, trouxe novas preocupações à saúde da mulher, em decorrência do aumento das doenças relacionadas ao tabagismo(MALTA et al., 2017).

O comportamento aditivo na família, ou ter algum familiar que utiliza tabaco instilando fumaça dentro do domicílio (fumo passivo), contribuiu para a iniciação e manutenção do tabagismo, em um processo intergeracional, como os retratados nos depoimentos. O tabagismo é uma toxicomania caracterizada pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco. A agressividade do causada pelo tabaco se deve a conjugação de mecanismos de neutralização das defesas orgânicas; prejuízo da alimentação celular; aumento do trabalho celular e a desorganização da reprodução celular(MALTA et al., 2017)

[...] nunca tive vontade, mas coloquei um cigarro na boca, com meu pai, e gostei [...] e fumo (cigarro) há 30 anos (E 9, 13 anos).

Ao analisar o comportamento das profissionais de saúde tabagista em relação ao tempo de consumo do tabaco, constatou-se que a maioria delas iniciaram o hábito na infância/adolescência. Estudo revela que o tabagismo tem sido considerado uma doença pediátrica, principalmente nos países em desenvolvimento e que jovens, na maioria das vezes, recorrem aos derivados de tabaco como medida paliativa para aliviar sintomas depressivos e desenvolvem intensa dependência à nicotina(PEREIRA et al., 2018).

Muito embora seja observado efeitos indesejáveis decorrente do tabagismo tais

como os relatados pelas entrevistadas deste estudo, ou seja, a presença de náusea, vômito, tosse e tontura, que acompanham principalmente a iniciação do hábito de fumar, sua ação deletéria e os efeitos desagradáveis, não diminuíram o desejo e a continuidade do tabagismo, o que implica em dizer que o tabagismo ainda precisava ser esclarecido, tratado e acompanhado.

O pacote de cigarros, na adolescência representa um passaporte para o mundo adulto, à liberdade, ao sucesso e sensualidade(MUAKAD, 2014).

[...]me sentia mal, nauseada, vomitava, mas achava muito lindo fumar (E 6, 17 anos).

### **A relação trabalho e busca pela cessação tabágica**

O estresse gerado no ambiente de trabalho pode influenciar no hábito de fumar, uma tendência revelada neste estudo. Seis mulheres informaram a prontidão para utilizar o cigarro imediatamente após a jornada de trabalho, pelo estresse inerente a atividade profissional, as longas jornadas de trabalho e as relações interprofissionais comprometidas. O estresse relacionado ao trabalho pode levar ao sofrimento psíquico, o cigarro muitas vezes é utilizado como um mecanismo de fuga e enfrentamento do estresse(REISDORFER et al., 2016).

A decisão de parar de fumar depende de vários fatores individuais e forte empenho político do poder público. A busca pela cessação foi informada por sete trabalhadoras de enfermagem, para vencer problemas de saúde e a discriminação profissional sofrida no ambiente de trabalho.

[...] por saber dos prejuízos que o cigarro causa à saúde, não faz bem para minha saúde (E 4, 15 anos).

[...] já faz muitos anos que uso (o cigarro) e tenho medo de adoecer por causa dele (E 10, 17 anos).

Muito embora o hábito de fumar seja passível de mudanças, a cessação tabágica representa uma enorme dificuldade em decorrência da nicotina, uma substância altamente viciante presente no cigarro. Dentre os principais sintomas da abstinência à nicotina destaca-se a irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, disforia, impaciência, fissura e o ganho de peso. Os sinais de abstinência ocorrem entre o segundo e o terceiro dia, todavia, a fissura e o ganho de peso podem durar mais tempo(MUAKAD, 2014).

[...] fiquei sem fumar por 10 anos, aí voltei, após muito estresse e problemas de saúde em familiares (E 5, 9 anos).

[...] já tentei diversas vezes parar, hoje em dia, tem muito discriminação (E 7, 14 anos).

Muitos fumantes necessitam de apoio profissional e tratamento para cessação do tabagismo, que consiste em três fases: preparação, intervenção e manutenção. A

preparação visa aumentar a motivação do fumante para desistir e construir a confiança de que ele pode ser bem sucedido. A intervenção pode tomar várias formas, ou uma combinação delas, para ajudar a alcançar a abstinência. A manutenção, inclui apoio, estratégias de enfrentamento e comportamentos substitutos, ação necessária para a abstinência permanente. Embora alguns fumantes obtenham sucesso na cessação tabágica o faça por conta própria, muitos necessitam do apoio de programas em algum momento durante sua história de tabagismo. Além disso, muitas pessoas agem de acordo com o conselho de um profissional de saúde ao decidir aderir a um programa antitabagismo.

Estudo revela a população urbana é a mais propensa à cessação tabágica e que ocorre maior prevalência de ex-fumante no sexo feminino, em idades mais avançadas, brancos, com maior escolaridade, que utilizaram de serviços de saúde no último ano, e com maior prevalência de doenças crônicas relacionadas ao tabaco(MUZI; FIGUEIREDO; LUIZ, 2018). A maioria dos fumantes realiza entre uma e três tentativas prévias de cessação tabágica, antes de obter sucesso. Os profissionais de saúde devem estar atentos a estes fatores, afim de evitar adotar práticas já realizadas e que não obtiveram sucesso(PEREIRA et al., 2018).

Com base nas estimativas da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbimortalidade relacionados com o tabagismo. Contudo observa-se que mesmo entre os profissionais de saúde o desejo de continuidade.

[...] não me incomoda ser fumante [...] meu marido fuma quatro vezes mais que eu (E 2, 8 anos).

É consensual reconhecer que o tabagismo é um fator de risco tanto para os fumantes ativos, quanto aos passivos. Os profissionais de saúde devem se fortalecer no combate ao tabagismo e suas estratégias fundamentados nos três pilares da Política Nacional do Controle ao Tabagismo: (I) prevenção da iniciação, (II) promoção da cessação e (III) proteção ao tabagismo passivo, bem como, na Portaria n.º 571 do MS que estabelece as diretrizes do cuidado ao indivíduo tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde(PEREIRA et al., 2018).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o tabagismo a várias décadas tomou a proporção de uma pandemia mundial e que, de acordo com a OMS, esta é a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Nas últimas décadas as ações nacionais e internacionais tiveram um efeito importante na redução da mortalidade, contudo, as taxas de mortalidade ainda atingem níveis inaceitável. Uma vez que, ainda há grandes desafios, especialmente quando se trata do tabagismo entre mulheres e jovens.

O uso de tabaco no grupo específico de enfermeiros e técnicos de enfermagem, corroboram dados de literatura para a população brasileira. O relato do comportamento aditivo familiar, do estresse no ambiente de trabalho, do medo de doenças e da discriminação profissional estavam presentes na apreensão do fenômeno iniciação e cessação tabágica.

O direcionamento de ações globais pela OMS e políticas públicas ante tabágica pode ajudar o Brasil e outros países a reduzir o a carga de tabaco e, consequentemente, a taxa de mortalidade por doenças relacionadas as próximas décadas. Todavia, embora haja imitações neste estudo, haja visto que se trata de uma população pequena, em um centro de saúde específico, o estudo permite inferir que há necessidade de implementação de um programa que possa contribuir para a cessação tabágica entre trabalhadores de saúde, haja vista que, eles são os profissionais responsáveis por apoiar/ministrar programas que visam a redução do tabagismo.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. F. M.; MACHADO, C. J. Socio-economic and cultural factors associated with smoking prevalence among workers in the National Health System in Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 385–397, jun. 2015.

COSTA, E. C. V et al. Sociodemographic and Clinical Profile of a Smoking Portuguese Sample: Sex Implications for Intervention in Smoking Cessation. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 2, p. 1–10, 2016.

JOSÉ, B. P. DE S. et al. Mortality and disability from tobacco-related diseases in Brazil, 1990 to 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 75–89, 2017.

MACHADO, C. J.; SILVEIRA, A. M. The shoemaker's son always goes barefoot: smoking among healthcare professionals. **Rev. bras. Saúde ocupacional**, v. 39, n. 129, p. 119–121, 2014.

MALTA, D. C. et al. Evolution of tobacco use indicators according to telephone surveys, 2006-2014. **Cad. Saúde Pública** 2, v. 33, n. sup. 3, p. :e00134915, 2017.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 17<sup>a</sup> ed. São Paulo - SP: HUCITEC, 2017.

MOOR, I. et al. Socioeconomic inequalities in adolescent smoking across 35 countries: a multilevel analysis of the role of family, school and peers. **The European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 457–463, 2015.

MUAKAD, I. B. Smoking: major avoidable cause worldwide. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v. 109, n. 0, p. 527–558, 2014.

MUZI, C. D.; FIGUEIREDO, V. C.; LUIZ, R. R. Urban-rural gradient in tobacco consumption and cessation patterns in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.

PANIS, C. et al. Critical review of cancer mortality using hospital records and potential years of life lost. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 1, p. 1–7, 2018.

PEREIRA, A. A. C. et al. Adherence to a smoking cessation group by smokers assisted at a basic health unit. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 3, p. : e55096, 2018.

REISDORFER, E. et al. Problematic alcohol and tobacco use among healthcare professionals. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 12, n. 4, p. 214–221, 2016.

VIANA, T. B. P. et al. Factors associated with cigarette smoking among public school adolescents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, p. 1–7, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies**. Geneva: [s.n.].

## RISCOS DE OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

**Monyka Brito Lima dos Santos**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

**Cintia Fernanda de Oliveira Santos**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

**Surama Almeida Oliveira**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

**Jociane Cardoso Santos Ferreira**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

**Mayanny da Silva Lima**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

**Polyana Cabral da Silva**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**Giuvan Dias de Sá Junior**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**Pamela Jaslana Oliveira Barros Carvalho**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**Irene Sousa da Silva**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**Antônia Deiza Rodrigues de Carvalho**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**Ana Carolina Rodrigues da Silva**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**RESUMO:** A enfermagem exerce uma função essencial na prestação de serviço à assistência em saúde, o enfermeiro tem várias atribuições, que podem desenvolver certa pressão nos profissionais, com isso surgiu o interesse de estudar quais os riscos de desenvolvimento de transtornos mentais nestes trabalhadores. O objetivo foi caracterizar as rotinas assistenciais de enfermagem e sua relação com os possíveis riscos para o desenvolvimento de transtornos mentais nos profissionais de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com um questionário de perguntas abertas e estruturadas. Os sujeitos da pesquisa foram 50 profissionais de enfermagem que trabalham em uma maternidade pública. Os dados foram analisados de acordo com análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada com CAAE 85921218.6.0000.8007. Com os resultados identificou-se rotinas de trabalho extensas, conflitos emocionais vivenciados pelos participantes, carga horária excessiva, demanda maior do que os números

de profissionais, relações interpessoais, falta de recursos materiais e humanos, sendo todos estes, fatores de risco para ocorrência de transtornos mentais nos profissionais de enfermagem. Conclui-se que, os resultados trouxeram subsídio para compreensão dos riscos de transtornos mentais ocasionado pelo trabalho dos profissionais de enfermagem e a evidência de situações estressoras para o desencadeamento de transtornos mentais e a importância de implantar medidas que visam prevenir ou diminuí-las.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Equipe de Enfermagem. Saúde do Trabalhador.

## RISKS OF MENTAL DISORDERS OCCURRENCE IN NURSING PROFESSIONALS

**ABSTRACT:** Nursing plays an essential role in the provision of health care services. The nurse has several attributions, which may develop some pressure on the professionals. Thus, the interest in studying the risks of developing mental disorders in these workers emerged. The objective was to characterize nursing care routines and their relationship with the possible risks for the development of mental disorders in nursing professionals. It is descriptive and exploratory research with a qualitative approach. Data collection was performed through an interview with a questionnaire of open and structured questions. The research subjects were 50 nursing professionals working in a public maternity hospital. Data were analyzed according to content analysis proposed by Bardin (2011). The research was submitted to the Research Ethics Committee and approved with CAAE 85921218.6.0000.8007. The results identified extensive work routines, emotional conflicts experienced by the participants, excessive workload, greater demand than the number of professionals, interpersonal relationships, lack of material and human resources, all of which are risk factors for the occurrence of mental disorders in nursing professionals. In conclusion, the results provided insight into the risks of mental disorders caused by the work of nursing professionals and the evidence of stressful situations for triggering mental disorders and the importance of implementing measures to prevent or reduce them.

**KEYWORDS:** Mental health. Nursing workgroup. Worker's health.

## 1 | INTRODUÇÃO

O trabalho exerce forte influência sobre o comportamento humano, sobretudo no mundo globalizado, em que as exigências são, a cada dia, maiores para trabalhadores em todas as atividades. Nesse cenário, a saúde pode ficar comprometida, devido ao desgaste físico e emocional, aos relacionamentos com colegas e com chefes, fatores estes que levam o trabalhador a adotar condutas pouco compatíveis com seus objetivos e expectativas (SILVA et al., 2013).

A Enfermagem é tida como a atuação com mais alto risco de tensão e adoecimento, pelo desgaste e estresse decorrentes do cotidiano. Pode haver sofrimento psicológico no momento em que não se é capaz de adequar o estado psíquico-mental à relação

física. A sobrecarga nos trabalhadores de enfermagem se faz preocupante e marcante, tornando o trabalho que poderia ser fonte de prazer e reconhecimento, em um meio que pode ocasionar sofrimento e desgastes, que por vezes se refletem na diminuição precoce da capacidade do trabalho (SOUSA et al., 2012; MONTEIRO et al., 2013).

Trabalhar em um hospital requer um alto nível de colaboração entre diversos profissionais, de diferentes especialidades e posições na rede de cuidados ao paciente, exigindo um trabalho coletivo e coordenado. A jornada em turnos e os plantões também contribuem para a sobrecarga cognitiva e emocional dos profissionais de saúde que trabalham nestas instituições (FERREIRA; LUCCA, 2015).

A incidência do estresse por exemplo, tem significativa influência para o desenvolvimento de transtornos mentais em profissionais da saúde requer atenção especial, as evidências apontam números preocupantes de inaptidão temporária para o trabalho, faltas, licenças, e aposentadorias precoces, sendo que esse afastamento está direta e indiretamente relacionado aos riscos à saúde associados à atividade profissional (SILVA et al., 2015).

Diante do exposto, surgiu a seguinte problemática: As rotinas assistenciais dos profissionais de enfermagem podem estar associadas a ocorrência de transtornos mentais? Para tal problema, objetivou-se caracterizar as rotinas assistenciais de enfermagem e sua relação com os possíveis riscos para o desenvolvimento de transtornos mentais nos profissionais de Enfermagem.

O profissional de enfermagem exerce uma função essencial no que concerne à prestação da assistência em saúde, seu trabalho vai muito além do cuidado prestado à recuperação do paciente. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem, são atribuições exclusivas desses profissionais. Características desse trabalho que é de grande relevância e bastante ampla, pode desencadear certa pressão e isso pode trazer condições negativas à saúde desses trabalhadores tanto física como mental.

Portanto, os riscos de desenvolvimento de transtornos mentais estão relacionados com questões envolvidas as condições de trabalho. O ambiente, o estresse do dia a dia, a rotina intensa, os turnos, são alguns fatores que podem acabar desencadeando essas alterações mentais e, com isso, refletir na assistência prestada por estes profissionais. É de grande importância identificar e descrever quais os riscos advindos do trabalho em enfermagem que podem afetar negativamente a saúde mental desses trabalhadores, para que se possa melhorar a qualidade das atividades laborais da equipe de enfermagem.

## 2 | METODOLOGIA

Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Através desta pesquisa realizou-se uma investigação sobre as rotinas do trabalho em enfermagem,

com intuito de verificar se suas condições laborais trazem algum risco para o desenvolvimento de transtornos mentais nos profissionais de enfermagem.

O presente estudo foi realizado no município de Caxias – Maranhão, em uma maternidade pública de médio porte, a referida instituição conta com profissionais Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogos, Fisioterapeuta e Nutricionista. A maternidade conta com 120 profissionais de enfermagem, distribuídos em vários setores. Os setores que compõem a instituição escolhida são: Centro Obstétrico (classificação de risco, pré-parto, sala de parto, centro cirúrgico, sala de RN), UTI Neonatal, UCINCO, UCINCA, Clínica Obstétrica, Banco de Leite Humano e CME.

Os profissionais de enfermagem foram escolhidos para o estudo porque dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, é apontada como uma das mais afetadas por doenças laborais (TAVARES et al., 2014). A amostragem foi não probabilística do tipo conveniência, dos 120 trabalhadores de enfermagem, foram entrevistados 50 profissionais, pois concordaram em participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Assistido (TCLE).

Foram incluídos no estudo os participantes maiores de 18 anos, que fizessem parte da equipe de enfermagem, exercendo a profissão a pelo menos um ano na instituição. Como instrumento para coleta de dados realizou-se uma entrevista, contento perguntas estruturadas e abertas, que forneceram questões a respeito da rotina e fluxo do trabalho. A entrevista foi registrada através de um gravador MP4.

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011) que, relata que a organização da análise corresponde a um período de instituições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Ciências e Tecnologias do Maranhão – UNIFACEMA, sendo aprovada com o número de CAAE 85921218.6.0000.8007. Os pesquisadores se responsabilizaram sobre todas as normas dos aspectos éticos necessários para que a pesquisa que foi realizada.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis que serão descritas a seguir, correspondem aos 50 participantes do estudo, e os resultados obtidos serão caracterizados pelas seguintes categorias:

- 1: A Percepção dos Profissionais de Enfermagem sobre Doença Mental.
- 2: Rotinas assistenciais de enfermagem associadas ao risco da ocorrência de transtornos mentais.
- 3: Situações que interferem no trabalho dos profissionais de enfermagem

A partir dos questionamentos abertos, pode-se obter os seguintes dados que foram apresentados através de falas de acordo com as categorias a seguir:

### **Categoria 1: A Percepção dos Profissionais de Enfermagem sobre Doença Mental.**

Esta categoria teve como objetivo identificar a compreensão dos profissionais de enfermagem sobre o que é doença mental. Dos 50 participantes, 28 deram definições como distúrbios, transtornos e alterações psicológicas. Pode-se perceber que alguns, no primeiro momento, tiveram dificuldades em criar uma definição, verificou-se que 9 dos profissionais não sabiam o que é doença mental, porém definiram através dos sintomas, 5 souberam caracterizar doença mental somente através das causas, 5 definiram somente como estresse e apenas 3 definiram através de exemplos como depressão e ansiedade.

É estresse mental. (suj\_10)

É aquela doença desenvolvida por algum trauma (suj\_ 2)

São distúrbios neurológicos que atinge o desequilíbrio emocional. (suj\_ 19)

Pessoa que tá estressado não tem tempo de se cuidar [...] (suj\_ 28)

São alterações psicológicas, estresse e ansiedade. (suj-4)

Um Desequilíbrio, distúrbio. (suj 30)

Os relatos encontrados no presente estudo sugerem que os profissionais participantes tiveram dificuldades em expressar sua opinião sobre o que é doença mental, expuseram conceitos através dos sintomas conhecidos por eles, foram relatadas as causas que podem levar desenvolvimento de doenças mentais bem como alguns exemplos de alterações. O estresse também foi citado como conceito e exemplo de doença mental, visto que, este é considerado pelo conhecimento dos entrevistados, um fator de desenvolvimento, como também a doença em si. Sobre esta temática Townsend et al. (2011) expõe e analisa que a doença mental é caracterizada como respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno e externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Os dados demonstraram definições sobre a doença mental caracterizada como distúrbios, alterações e transtornos mentais, observou-se que estes tiveram mais rapidez em elaborar um conceito a respeito do assunto abordado, o que aponta o conhecimento e facilidade de expressar-se por alguns entrevistados. Portanto, percebe-se que a doença mental sobre o ponto de vista destes, são distúrbios caracterizados por alterações psicológicas.

Os achados revelaram que há uma deficiência em relação ao conhecimento dos profissionais sobre definição de doença mental. Pai et al. (2014) relata que esses distúrbios são de difícil caracterização, pois, em geral, são atribuídas a múltiplas causas. Com isso, a falta de conscientização dos profissionais sobre doença mental, juntamente com o pouco conhecimento que eles já possuem, tendem a aumentar as

chances de desenvolvimento desses distúrbios.

Nesse sentido, é importante ressaltar a importância de melhorar o nível de conhecimento desses profissionais, pois o conhecimento de certa forma colabora tanto com a prevenção e detecção desses problemas, porque para agirmos sobre determinadas doenças em todos os aspectos, temos que ter primeiramente um bom conhecimento sobre elas.

### **Categoria 2: Rotinas assistenciais de enfermagem associadas ao risco da ocorrência de transtornos mentais**

Esta categoria visou à apresentação das rotinas assistenciais dos profissionais e como estas rotinas podem elevar o risco de ocorrência de transtorno mentais entre os profissionais de enfermagem. Dentre os participantes, 24 relataram suas rotinas através das descrições dos procedimentos realizados por eles na sua prática, 15 fizeram descrição através de suas escalas e 11 descreveram sua rotina levando em consideração a sua intensidade, na qual suas rotinas foram citadas como corrida e intensa.

Extensa, cansativa, estressante e prazerosa, tudo ao mesmo tempo. (suj\_14)

Minha rotina é de 60 horas semanais, inicia-se as 7hrs no pré-parto até às 13 horas, 14hrs início no atendimento no pré-natal de alto risco até as 18hrs, as 19hrs, atendimento ambulatorial em banco de leite. (suj\_12)

Já tive várias escalas, no momento trabalho em noturno e folgo 3 dias, correspondendo a 30 horas por semana. Trabalho com nefrologia também, fora da maternidade, é muito corrido mais já acostumei. (suj\_37)

Punctionamos, arrumamos, verificamos temperatura, acompanhamos as gestantes, a agente trabalha mais do que pode, às vezes. (suj\_47)

Nosso trabalho é corrido, faço visita aos leitos, check-list, coleta de sangue, SAE. (suj\_38)

Os dados do presente estudo, apontam a rotina vivenciada pelos participantes, e os relatos demostraram que esta é considerada pelos profissionais como extensa e estressante. Para o trabalho em saúde, há uma necessidade de estabelecimentos de tarefas, rotinas e protocolos, que devem ser cumpridas pela equipe, que a partir disso, devem prestar assistência de qualidade aos pacientes, tal responsabilidade que devem ser garantidas por estes profissionais acabam se tornando uma preocupação e juntamente com as dificuldades relacionadas as condições de trabalho.

Ferreira e Lucca (2015), ressaltam que as condições de trabalho podem deixar os profissionais expostos a diversas situações de estresse e desgaste decorrentes do contato cotidiano com pessoas debilitadas, além de terem que lidar com tensas relações interpessoais as nas instituições de saúde. Trabalhar em um hospital requer um alto nível de colaboração entre diversos profissionais, de diferentes especialidades e posições na rede de cuidados ao paciente, exigindo um trabalho coletivo e coordenado.

Outro fator importante, são os horários estabelecidos pela instituição, que devem

ser divididos através de escalas, e de acordo com a necessidade de cada setor. Em relação a isso, os participantes descreveram escalas de 60 e 30 horas semanais, sempre enfatizando considerar estas como rotinas corridas. Portanto é importante uma distribuição correta evitando sobrecarregar os profissionais.

Um estudo realizado por Silva et al. (2013), dar como exemplo as atribuições do profissional enfermeiro, dentre elas destaca as funções gerenciais, que de certa forma, cria uma sobrecarga para este trabalhador. Cumprir carga horária excessiva, muitas vezes, com acúmulo de funções e, em algumas instituições, em condições de trabalho precários ou desgastantes, são fatores que se associam ao desgaste psicológico, devido ao contato constante com o sofrimento. Pode-se perceber então, que o profissional enfermeiro, se não houver uma distribuição correta, pode ser sobrecarregado pelo acúmulo de funções.

Rueda et al. (2014), em seu estudo argumenta que a enfermagem é considerada uma das profissões que apresenta grande grau de estresse devido a rotina de trabalho, ou seja, o profissional de enfermagem, além do compromisso com a vida, assume também um compromisso com a do paciente. Ele promove uma assistência de atenção, cuidado e conforto no alívio da dor. O papel do profissional de enfermagem frente ao doente reflete juntamente com as condições e rotinas, um desgaste considerável no que se refere a sua saúde física e mental.

De acordo com Silva et al. (2012), o sofrimento mental é uma resposta a situações cotidianas vivenciadas pelos profissionais de enfermagem, uma experiência subjetiva intermediária entre doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico. Da mesma forma, os danos acarretados ao ser humano e seu comportamento são devidos às tensões no ambiente de trabalho, levando ao estresse profissional, consequente da insatisfação profissional.

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, é apontada como uma das mais afetadas por doenças laborais. Desses, ganham proporção cada vez maiores os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). Esses distúrbios são de difícil caracterização, pois, em geral, são atribuídas a múltiplas causas e sua manifestação envolve tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia, sintomas nem sempre associados a esta alteração psiquiátrica (PAI et al., 2014).

As rotinas de trabalho foram descritas através dos procedimentos realizados por eles, o cuidado direto com o paciente requer atenção, vigilância e responsabilidade, principalmente em procedimentos que põe em risco o bem-estar do paciente. Consequentemente, os profissionais de enfermagem têm o dever de realizar sua prática de forma a evitar que o paciente tenha possíveis complicações. Garantir a segurança do paciente em todos os aspectos, realizando procedimentos adequados, pode refletir na saúde mental destes profissionais, isto quando não se tem condições favoráveis de trabalho, pois a preocupação intensifica a rotina e acaba trazendo danos a sua saúde.

Com a rotina de trabalho intensa, e a atenção dedicada ao cuidar, estes profissionais acabam não percebendo os problemas de saúde aos quais estão expostos, assim como não associam seus sintomas às doenças. Dificilmente a equipe de enfermagem tem ideia do que ocorre com ela, a ponto de comprometer o seu humor e seu estilo de vida, não percebendo a influência do trabalho e seu estado geral de saúde. Na enfermagem, tem-se uma realidade de trabalho cansativo e desgastante para os trabalhadores, em que as pessoas convivem com a dor e o sofrimento (PAULA et al., 2010).

Silva et al. (2015), citam que os aspectos organizacionais das instituições de saúde, bem como, a administração e gerenciamento de cada setor e as relações interpessoais da equipe de enfermagem durante o período de trabalho, são fatores que corroboram para os aspectos psicossociais dos membros da equipe. O estresse ocupacional, caracteriza-se por reações físicas ou mentais relacionadas às atividades e ocorrências do ambiente de trabalho. Este tipo de estresse abrange todas as condições que o trabalho tem, atribui não só ao ambiente de trabalho e às sobrecargas de responsabilidade, mas também a um conjunto de acontecimentos que desestrutura o trabalhador, podendo levar a doenças físicas e mentais (UENO et al., 2017).

### **Categoria 3: Situações que interferem no trabalho dos profissionais de enfermagem**

Esta categoria teve por finalidade, identificar as principais situações que interferem no trabalho dos entrevistados. Dentre participantes, 15 relataram situações como demanda muito grande para pouco profissional, 13 responderam sobre a falta de materiais e recursos humanos, 12 desses profissionais relataram não ter nenhuma interferência, 4 falaram sobre carga horária excessiva, 5 relataram situações como confusões, falta de comunicação, desatenção, companheirismo e apenas 1 relatou que a situação que interfere é o fato de não se identificar com o setor.

Muitos pacientes pra pouco profissional, a gente quer dar o melhor e não pode. (suj\_17)

Ás vezes a superlotação interfere um pouco, acaba fazendo com que o trabalho seja rápido (suj\_25)

Falta de materiais e superlotação. (suj\_5)

Existem coisas que deixam a desejar: como a falta de materiais (...). (suj\_9)

A falta de companheirismo da equipe. A barreira que dificulta. (suj\_27)

Carga horaria extensa e sobrecarga de trabalho. (suj\_14)

A única dificuldade é porque não me identifico com o setor. (suj\_6)

A desatenção de alguns profissionais. (suj\_8)

Uma ideia proposta por Paula et al. (2010), se assemelha com alguns dados coletados neste estudo, pois a autora cita sobre o trabalho do profissional de enfermagem que atua na área hospitalar, que convive com alguns fatores que

podem interferir nas suas condições de trabalho. Dentre eles, estão à especialidade do trabalho; a hierarquização, dificuldade de circulação de informação; o clima de trabalho negativo; papéis ambíguos e falta de clareza das tarefas executadas; o ritmo de trabalho, ambiente físico, estresse do contato com o paciente e familiar. Todos estes fatores potencializam a carga de trabalho ocasionando riscos à saúde física e mental dos trabalhadores do hospital.

Sobre os dados coletados, nota-se a existência de várias situações que acabam interferindo no trabalho dos participantes, desses relataram sobre a demanda muito grande, que juntamente com escassez dos trabalhadores, acabam desenvolvendo uma pressão em relação a eles, fazendo com que os profissionais desenvolvam seu trabalho de forma rápida, impossibilitando-os de prestar uma assistência adequada, o que nos leva a compreender que isto pode ser uma das causas de um dos grandes problemas dos hospitais públicos, que é a má qualidade na assistência prestada ao paciente. Devido a esta pressão, ocorre uma grande chance destes trabalhadores estarem desenvolvendo um sofrimento psíquico que futuramente poderá progredir para uma possível doença mental.

Com relação a esse ponto de discussão, Gonçalves et al. (2014) realizaram um estudo que teve como objetivo identificar as repercussões do modelo neoliberal na saúde do trabalhador de enfermagem e analisar a sua influência no processo saúde-doença desses profissionais. Entende-se que o neoliberalismo defende a ideia da não intervenção do estado nas políticas públicas, com isso o setor saúde está inserido como um dos mais prejudicados, nesse mesmo contexto laboral, há a ampliação da desvalorização do trabalho, o aumento do desemprego, a intensificação do trabalho precário e a adoção de trabalhadores de enfermagem contratados ou terceirizados.

O trabalho de enfermagem tem sofrido grande influência da política neoliberal e globalizada, na qual a precarização das condições e das relações de trabalho são um dos grandes e prejudiciais resultados para esse cenário e para a qualidade da assistência prestada, repercutindo também negativamente na saúde desses profissionais.

Silva et al. (2016), também cita que os enfermeiros exercem a sua atividade num ambiente de trabalho fértil em fatores que favorecem o aumento dos níveis de estresse no trabalho, tais como: prolongamento de turnos de trabalho, redução de recursos humanos, cumprimento de objetivos institucionais, relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, exposição a agentes biológicos e químicos, entre outros, são situações que levam a compreensão de que o ambiente hospitalar está repleto de fatores de riscos para adoecimento mental dos que ali trabalham.

Sobre as relações entre profissionais, os dados se aproximam ao pensamento de Ferreira e Lucca (2015), que relataram que trabalhar em um hospital requer um alto nível de colaboração entre diversos profissionais, de diferentes especialidades e posições na rede de cuidados ao paciente, exigindo um trabalho coletivo e coordenado. Com isso, podemos constatar que as relações entre profissionais, são situações que

interferem diretamente no trabalho.

Entre os entrevistados, um relatou não se identificar com seu setor de trabalho, por essa razão considerou este o fator principal da situação que interfere no seu trabalho. Pode-se perceber então que aqueles que não se identificam com o setor têm sua prática prejudicada, a insatisfação profissional desencadeia uma frustração, que pode levar aos riscos de surgimento de alterações mentais.

Nos relatos também pode-se perceber sobre a carga horária excessiva, nota-se que o horário acaba interferindo em relações as condições em que os profissionais se encontram, carga horária excessiva pode causar cansaço e indisposição, afetando não só na assistência como também na saúde daquele profissional. As relações entre os profissionais também foram citadas como um empecilho, assim como a falta de companheirismo, discussões, dificulta o desenvolvimento do trabalho no setor. O ambiente hospitalar em si, já é um local não muito agradável, a convivência com os outros profissionais nesta situação, contribui para ser um ambiente mais estressante, o que acaba afetando psicologicamente estes trabalhadores.

Em seu estudo Urbanetto et al. (2013), citou que a enfermagem é uma área que se destaca no que se diz respeito ao trabalho, pois estes se baseiam em ações interdependentes de outros processos de trabalho em saúde, fortemente alicerçadas em relações interpessoais com outros trabalhadores e usuários do serviço e geralmente desenvolvidas sob alta pressão (ações devem ser desenvolvidas com rapidez), com isso percebe-se a responsabilidade destinada a eles, levando-os a uma maior preocupação sobre o desenvolvimento do seu trabalho.

Os dados de um estudo de Lima (2013) que teve como objetivo verificar as condições de trabalho e saúde dos enfermeiros, identificou condições precárias de trabalho, como déficit de pessoal e falta de materiais, o autor considerou que os problemas citados afetam no trabalho da equipe e que tais situações são vistas como estressantes. Observa-se que os participantes desta pesquisa enfatizaram bastante a questão das condições precárias de trabalho, que acabam interferindo na sua prática, por sua vez este tipo de situação pode ser considerado fator desencadeante do estresse nestes profissionais.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre a percepção dos participantes, a respeito das definições sobre doença mental, percebeu-se que há uma deficiência em relação ao conhecimento dos profissionais sobre definição de doença mental, havendo uma necessidade de melhorar o nível de conhecimento dos profissionais. Sobre a rotina nos setores, percebeu-se que estas são intensas e corridas, evidenciando um maior risco para adoecimento mental dos profissionais de enfermagem, principalmente, se associada às condições de trabalho precárias.

Identificou-se também, que as situações que interferem no trabalho dos

participantes contribuem para o surgimento dessas alterações, situações com carga horária excessiva, falta de recurso, demanda muito grande, e falta de profissionais produzem uma sobrecarga tornando o ambiente de trabalho mais tenso.

Verificou-se também, momentos de conflitos emocionais entre os participantes, destacando situações como desentendimentos entre a equipe, reclamações por parte dos chefes entre outras. Entretanto, foram citadas medidas pelos próprios participantes que contribuiriam para melhorar suas atividades, foram relatados dimensionamento adequado e colaboração da equipe.

Os resultados desse estudo contribuirão em vários aspectos, dentre eles está a contribuição sobre o conhecimento a respeito das necessidades vivenciadas pelos profissionais, bem como a percepção sobre os riscos que o trabalho no ambiente hospitalar, que podem trazer para saúde física e mental dos trabalhadores, destacando os profissionais de enfermagem.

Isto posto, é de fundamental importância a implementação de medidas que visam atender as necessidades no que se refere a assegurar uma melhor qualidade das condições de trabalho. O dimensionamento correto, a distribuição das escalas, de forma que não haja sobrecarga, conscientização das equipes frente à importância da comunicação entre eles e colaboração de cada um, são exemplos de medidas que são imprescindíveis para esses setores. Com isso, há uma melhoria na qualidade de vida destes trabalhadores, evidenciando uma melhor assistência prestada por eles.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 1ºed. Editora Edição 70: São Paulo, 2011 p 123-131.
- FERREIRA, N.N; LUCCA, S.R. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.18, n.1, p.68-7, jan-mar, 2015.
- GONÇALVES, F.G.A. et al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.4, P.519-25, jul-ago, 2014.
- LIMA, M.B. et al. Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **R. pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v.26, n.4, p.554-562, jan-mar, 2013.
- MONTEIRO, J.K. et al. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p.366-37, jan, 2013.
- PAI, D.D. et al. Violência, burnout e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.3, p.460-468, fev, 2014.
- PAULA, G.S. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **R. pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v.10, n.3, dez, 2010.
- SILVA, P.G. et al. Fatores contribuintes para o sofrimento psíquico em âmbito psiquiátrico para a equipe de enfermagem. **R. pesq.: Cuid. Fundam. Online**, (Ed. Supl.), p. 5-8, jan-mar, 2012.
- SILVA, J.L.L. et al. Estressores na atividade gerencial do enfermeiro: implicações para saúde. **Av.**

SILVA, D.S.D. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enf USP**, v.49, n.6, p.1027-1036, set, 2015.

SILVA, J.L.L. et al. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.27, n.2, p.125-133, abr, 2015.

SILVA, S.M. et al. Relação entre Resiliência e Burnout: Promoção da Saúde Mental e Ocupacional dos Enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.16, p.41-48, dez, 2016.

TAVARES, J.P. et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. **Esc Anna Nery**, v.18, n.3, p.407-414, mar, 2014.

TOWSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.15, 2011.

UENO, L.G.S. et al. Estresse Ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.4, p.1632-8, abr, 2017.

URBANETTO, J.S. et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.3, p.1186-93, jun, 2013.

## CONFLITOS EMOCIONAIS VIVENCIADOS PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E SUA INFLUÊNCIA PARA O SOFRIMENTO PSÍQUICO

### **Cintia Fernanda de Oliveira Santos**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Monyka Brito Lima dos Santos**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Surama Almeida Oliveira**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Jociane Cardoso Santos Ferreira**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA

### **Camila Leanne Teixeira Coêlho de Sousa**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Giuvan Dias de Sá Junior**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Edivania Silva de Sá**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Irene Sousa da Silva**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Ana Carolina Rodrigues da Silva**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Luciana Magna Barbosa Gonçalves de Jesus**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Auricelia Costa Silva**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

### **Walana Érika Amâncio Sousa**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias-MA.

**RESUMO:** A equipe de enfermagem enfrenta diferentes problemas no ambiente de trabalho, como exemplo, o estresse e sofrimento psíquico. Com inúmeras responsabilidades, atribuições e carga horária excessiva, dupla jornada de trabalho a fim de complementação salarial, desentendimentos, atitudes ofensivas e falta de reconhecimento com o trabalho acabam sendo fatores predisponentes para sofrimento e possível desenvolvimento de transtornos mentais. O objetivo foi destacar os principais conflitos emocionais vivenciados pelos profissionais de enfermagem e sua influência para o sofrimento psíquico, demonstrando medidas que contribuam para o melhor desenvolvimento da prática desses profissionais. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com um questionário de perguntas abertas e estruturadas. Os sujeitos da pesquisa foram 50 profissionais de enfermagem que trabalham em uma maternidade pública.

Os dados foram analisados de acordo com análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada com CAAE 85921218.6.0000.8007. Dentre os conflitos emocionais vivenciados pelos profissionais de enfermagem, destacam-se as situações em que ocorrem desrespeitos, desentendimentos, divergências de opiniões e agressões verbais entre profissionais de enfermagem, identificou-se ainda, os casos em que os profissionais se sentem constrangidos durante o desempenho de suas práticas laborais por não conseguirem trabalhar de forma correta e/ou receberem reclamações constrangedoras sobre práticas que não são de sua competência. Tais situações desencadeiam o estresse e sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem no ambiente laboral e apresentam riscos para o equilíbrio da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Equipe de Enfermagem. Saúde do Trabalhador.

## EMOTIONAL CONFLICTS EXPERIENCED BY NURSING PROFESSIONALS AND THEIR INFLUENCE ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS

**ABSTRACT:** The nursing staff faces different problems in the workplace, such as stress and psychological distress. With innumerable responsibilities, duties and excessive workload, double working hours in order to complement salary, disagreements, offensive attitudes and lack of recognition with work end up as predisposing factors for suffering and possible development of mental disorders. The objective was to highlight the main emotional conflicts experienced by nursing professionals and their influence on psychological distress, demonstrating measures that contribute to the better development of the practice of these professionals. It is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach. Data collection was performed through an interview with a questionnaire of open and structured questions. The research subjects were 50 nursing professionals working in a public maternity hospital. Data were analyzed according to content analysis proposed by Bardin (2011). The research was submitted to the Research Ethics Committee and approved with CAAE 85921218.6.0000.8007. Among the emotional conflicts experienced by nursing professionals, we highlight the situations in which disrespects, disagreements, differences of opinion and verbal aggressions among nursing professionals, were also identified, the cases in which professionals feel embarrassed during performance. of their work practices for not being able to work properly and / or receiving embarrassing complaints about practices that are not within their competence. Such situations trigger stress and psychological distress among nursing professionals in the workplace and present risks to health balance.

**KEYWORDS:** Mental health. Nursing workgroup. Worker's health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A assistência em saúde tem como foco principal o homem, denominado por paciente ou usuário dos serviços de saúde. Com isso, os profissionais ficam expostos

a diversas situações de estresse e desgaste decorrentes do contato cotidiano com pessoas debilitadas, ou doentes, além de terem que lidar com tensas relações interpessoais e hierárquicas nas instituições de saúde. Trabalhar em um hospital requer um alto nível de colaboração entre diversos profissionais, de diferentes especialidades e posições na rede de cuidados ao paciente, exigindo um trabalho coletivo e coordenado (FERREIRA; LUCCA, 2015).

Ademais, Kestenber et al. (2015) e Silva et al. (2016), caracterizam o hospital como ambiente que contém condições que são favoráveis para o adoecimento psíquico da equipe de trabalho, onde o ambiente é insalubre, e os enfermeiros exercem a sua atividade num ambiente de trabalho fértil em fatores que favorecem o aumento dos níveis de estresse no trabalho, tais como: prolongamento de turnos de trabalho, redução de recursos humanos, cumprimento de objetivos institucionais, relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, exposição a agentes biológicos e químicos, entre outros.

O trabalho em saúde, contém diversas características que podem colaborar para o desenvolvimento de alterações psicológicas nos profissionais, para Silva (2015) a atividade laboral exercida coloca a equipe de enfermagem diuturnamente sob a tensão e, à mercê de riscos físicos, químicos, biológicos, emocionais, psicossociais e ergonômicos, trazendo consequências tanto físicas como mentais. Frequentemente, esses trabalhadores possuem mais de um vínculo empregatício, comprometendo o tempo dedicado para o lazer e familiar. As jornadas duplas ou triplas podem conduzir ao estresse emocional, decorrente do acúmulo de atribuições.

A equipe de enfermagem enfrenta diferentes problemas no ambiente de trabalho: o estresse, o sofrimento e a morte de pacientes. O enfermeiro é responsável por acolher e cuidar, encarando os problemas tanto de pacientes, quanto da equipe que supervisiona. Com inúmeras responsabilidades e atribuições, a carga de trabalho, a pressão dos companheiros, as atitudes ofensivas, o fato de lidar com novas tecnologias, seu comprometimento e, por vezes, a falta de reconhecimento com o trabalho acabam sendo fatores predisponentes para o estresse e um possível desenvolvimento de transtornos mentais (UENO et al., 2017).

Os profissionais estão sujeitos a agressões, falta de segurança, sobrecarga de trabalho, ambiente estressante, postura arrogante dos pacientes e acompanhantes, estresse, depressão, angústia, podendo resultar em transtornos mentais e comportamentais como o distúrbio do sono. Fatores que podem desenvolver sofrimento psíquico e desencadear no surgimento de transtornos mentais. Estes fatores psicológicos prejudicam emocionalmente os profissionais deixando-os menos capazes de realizar o seu trabalho (MONTEIRO et al., 2015).

É relevante que o processo de trabalho destes profissionais, bem como suas condições, seja enfatizado, para tanto, objetivou-se destacar os principais conflitos emocionais vivenciados pelos profissionais de enfermagem e sua influência para o sofrimento psíquico, demonstrando medidas que contribuam para o melhor

desenvolvimento da prática desses profissionais.

Tal estudo justifica-se pelo risco a que os profissionais de enfermagem estão expostos diariamente no ambiente de trabalho, onde o sofrimento psíquico vem sendo cada vez mais expressivos, principalmente aqueles que têm mais de uma jornada de trabalho, o que caracteriza um relevante problema de saúde ocupacional e, representa um dos principais desafios da enfermagem moderna.

## 2 | METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa de dados. Foi realizado no município de Caxias – Maranhão, Brasil, em uma maternidade pública de médio porte, a referida instituição conta com profissionais Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogos, Fisioterapeuta e Nutricionista.

A maternidade conta com 120 profissionais de enfermagem, distribuídos em vários setores. A amostra contou com 50 profissionais de enfermagem, tais profissionais, segundo Tavares et al. (2014) são mais propensos e afetados por doenças laborais. A amostragem foi não probabilística do tipo conveniência, ademais, dos 120 trabalhadores de enfermagem, apenas 50 profissionais concordaram em participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Assistido.

Incluídos no estudo apenas profissionais de enfermagem que atuassem a mais de um ano e maiores de 18 anos. Como instrumento para coleta de dados realizou-se a entrevista com perguntas estruturadas e abertas, que foi registrada através de um gravador MP4. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011) que, relata que a organização da análise corresponde a um período de instituições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, e encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Ciências e Tecnologias do Maranhão – UNIFACEMA, sendo aprovada com o número de CAAE 85921218.6.0000.8007. Os pesquisadores se responsabilizaram sobre todas as normas dos aspectos éticos necessários para que a pesquisa que foi realizada.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da coleta de dados correspondentes aos 50 participantes do estudo emergiram duas variáveis que tratam dos conflitos emocionais vivenciados nos setores de trabalho da equipe de enfermagem, bem como, medidas que contribuem para o melhor desenvolvimento da prática desses profissionais, visando minimizar e prevenir

conflitos emocionais que possam levar os profissionais ao adoecimento mental.

### **Categoria 1: Conflitos emocionais vivenciados pelos profissionais de enfermagem e sua influência para o sofrimento psíquico**

Quando questionados sobre os conflitos emocionais vivenciados no setor de trabalho 19 dos profissionais de enfermagem referiram situações em que ocorrem desrespeitos entre profissionais de enfermagem, incluindo desentendimentos, divergências de opiniões e agressões verbais, 10 destes citaram constrangimento quando não conseguem trabalhar de forma correta e recebem reclamações sobre práticas que não competem a eles, 6 citaram ter sofrido constrangimento por parte dos chefes, 6 responderam não vivenciar nenhum tipo de constrangimento, 5 relataram constrangimentos por parte dos pacientes e acompanhantes, 3 relataram que sentem-se desvalorizados quanto profissionais e apenas 1 relatou constrangimento devido a morte de pacientes.

Quando ocorrem divergências de opiniões. (suj\_3)

Às vezes a gente se sente chateado porque as pessoas não dão valor à gente. (suj\_ 23)

Constrangimento com o chefe, às vezes o chefe deixa a gente constrangido. (suj\_ 29)

Quando ocorre discussão de profissionais na frente de pacientes. (suj\_ 40)

Tive dificuldades com a morte, me senti constrangida por isso. (suj\_35)

Várias vezes, por causa de abuso de poder, desvalorização e falta de respeito. (suj\_ 06)

Sim, acontecem coisas que os acompanhantes pensam que é nossa culpa, como falta de materiais (...) (suj\_09)

Muitos, falta de comunicação e respeito entre os profissionais acaba constrangendo a gente. (suj\_4)

De acordo com os relatos, notou-se que na rotina dos participantes, muitas vezes, estes se depararam com momentos de constrangimento nos setores. Desentendimentos e divergências entre os profissionais foram citados como exemplo, outros descreveram sobre a dificuldade de realizar seu trabalho, sobre isso destacaram situações que impedem a sua prática, como a falta de recursos materiais, principal causa que os tem deixado chateados no setor. Destacou-se também, relatos sobre constrangimento dos chefes, reclamações sobre práticas que não condizem a certos participantes, também foram alguns exemplos de situações, bem como a desvalorização dos profissionais no setor.

Identificou-se que os participantes vivenciam circunstâncias consideradas como um tipo estressor que podem afetar sua saúde física e mental. Portanto compreende-se que as situações abordadas, contribuem para tornar o ambiente de trabalho mais tenso, podendo provocar sofrimento psíquico nestes profissionais. Esses fatos condizem com a ideia de Florence que através da Teoria Ambientalista descreve que

o ambiente pode sim trazer consequências à saúde do indivíduo, essa teoria tem como base o humanismo e o cuidado de enfermagem ao ser humano e sua inter-relação com os ambientes social, político e ecológico (BRAGA; SILVA 2011).

Em um ambiente hospitalar, podemos encontrar diversos riscos que podem desenvolver consequências negativas aos profissionais que ali trabalham. De acordo com Worm et al. (2016), o ambiente laboral compõe-se de um conjunto de fatores que de forma direta ou indireta podem provocar riscos ao profissional, camuflando ou retardando sinais e sintomas de comprometimentos à saúde do trabalhador.

Em seu estudo, Urbanetto et al. (2013) relatam sobre o estresse dos trabalhadores de enfermagem, afirmam que as atividades dos profissionais de saúde são fortes geradoras de tensão, devido a jornadas de trabalho prolongadas, número limitado de profissionais e desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar. O desgaste se aproxima do sofrimento psíquico, pela potencialização da exposição à carga psíquica e não pelo convívio com o objeto de trabalho, mas sim pelas condições de trabalho em que estão inseridos esses trabalhadores de enfermagem, o que se assemelha aos dados obtidos desta categoria no qual se percebeu que as situações e condições vivenciadas contribuem para o desenvolvimento de alterações mentais nestes profissionais.

Verificou-se a insatisfação relacionada às condições de trabalho, o desgaste emocional pode ser percebido entre os participantes, comprehende-se então que as condições citadas, de certa forma influenciam no desenvolvimento de sofrimento psíquico, evidenciando a necessidade de melhores condições nos setores de trabalho. Estas condições a que os profissionais de enfermagem desempenham suas funções com sobrecargas de responsabilidade desestruturam o trabalhador, podendo levar a doenças físicas e mentais (UENO et al., 2017).

### **Categoria 2: Medidas preventivas necessárias ao trabalho em Enfermagem**

A categoria apresentada teve por finalidade demonstrar medidas que contribuem para o melhor desenvolvimento da prática desses profissionais, levando em consideração o questionamento de como poderia ser o trabalho dos profissionais de enfermagem nos setores. Dos participantes, 27 relataram que um dimensionamento adequado seria um fator essencial para melhorar o trabalho da equipe de enfermagem, 21 citaram que ajudaria se melhorasse o trabalho em equipe com respeito, organização, responsabilidade e comunicação contribuiriam para o desempenho destes profissionais e apenas 2 relataram que não precisaria de mudança alguma.

As informações apresentadas foram demonstradas através das falas a seguir:

Deveria ter mais profissionais para a grande demanda. (suj\_17)

Deveria ter mais respeito entre os profissionais, o trabalho muito cansativo (...) (suj\_45)

Digno, com condições favoráveis de trabalho, materiais adequados. (suj\_46)

O profissional de enfermagem deveria ter sua autonomia respeitada trabalho

reconhecido, ambiente seguro e condições (recursos) de trabalho. (suj\_14)

Primeiro deveria começar pelo reconhecimento da equipe, motivação, dimensionamento adequado para evitar sobrecarga, infraestrutura adequada e materiais suficientes. (suj\_12)

Deveria ser mais organizado, com mais profissionais, mais responsabilidade e também deveria ter melhorias como mais materiais que facilitasse nosso trabalho. (suj\_9)

Deveria ser do mesmo jeito que estar. (suj\_4)

Os dados apresentados mostraram que na percepção dos participantes existem medidas que podem ajudar na melhoria da qualidade dos seus serviços, no que está relacionado às condições de trabalho dos profissionais, assim influenciando diretamente para uma melhor assistência de enfermagem. Sobre isso, estes relataram sobre atitudes relacionadas ao convívio entre eles, o trabalho em equipe com mais respeito, organização, responsabilidade e comunicação foi uma das sugestões enfatizadas, assim acreditam que um trabalho mais harmonioso e colaborativo provém da contribuição de todos.

Para isso, é necessária a conscientização da equipe, levando em consideração todos os efeitos que um trabalho desarmonioso pode desenvolver, incluindo entre esses, os transtornos mentais que pode ser ocasionado pelas condições de trabalho e ambiente.

Nota-se que um número significativo dos participantes declarou sobre o dimensionamento correto da equipe, considerado por eles como fator essencial no que se refere à organização do trabalho. O dimensionamento tem como finalidade organizar e distribuir por setores de acordo com as necessidades dos profissionais em relação à função que cada um exerce, os relatos abordaram que há um déficit na quantidade de profissionais em diversos setores, o que se percebe que isto pode estar causando uma sobrecarga nestes trabalhadores, diante disso a distribuição correta levando em consideração as necessidades de acordo com a demanda, pode facilitar o trabalho da equipe, eliminando a sobrecarga causada pela superlotação de pacientes.

A sobrecarga dos trabalhadores de enfermagem se faz preocupante e marcante, tornando o trabalho que poderia ser fonte de prazer e reconhecimento em um meio que pode ocasionar sofrimento e desgastes, que por vezes se refletem na diminuição precoce da capacidade do trabalho, o que condiz com os dados apontados, portanto comprehende-se que para reduzir ou eliminar esta sobrecarga é preciso controlar a demanda existente nos setores através da inclusão de mais profissionais, fazendo um dimensionamento correto (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

Na pesquisa realizada por Paula et al. (2010), descrevem uma estratégia que é a inclusão de organizações de reuniões sistematizadas, dificilmente em ambientes de trabalho, ocorre estes tipos de intervenção, por este fato não existem muitos diálogos entre os profissionais. No seu estudo, justificam-se as ressalvas dos entrevistados no fim do questionário, apontando os inúmeros conflitos e desgostos ocorridos no

cotidiano como a escassez de profissionalismo por parte do colega que o rende no plantão posterior, atrasos injustificáveis bem como a desorganização dos setores, são resultados que reforçam os achados da presente pesquisa, e que evidenciam a deficiência no que está ligado à falta de colaboração e comunicação dos profissionais.

Monteiro et al. (2015), abordaram sobre educação continuada que poderia ser trabalhada nos setores. A educação permanente também é retratada como uma forma de fomentar a aquisição do conhecimento, para que os profissionais de saúde estabeleçam e adotem medidas preventivas, para reduzir os riscos no ambiente hospitalar e como forma de incentivar os profissionais a refletirem quanto a sua prática de trabalho e a responsabilidade diante de si e do paciente, além de ser utilizada para o treinamento da equipe, tais considerações corroboram para os objetivos deste estudo.

Mesquita et al. (2014) propõem que palestras educativas sobre adoecimento mental entre profissionais de enfermagem é uma medida simples e de baixo que pode ajudar na prevenção do adoecimento e sofrimento psíquico, tendo em vista, que a partir da educação em saúde, os profissionais poderão identificar os agentes estressores, enfrentar o sofrimento psíquico.

Para Loro et al. (2016), os riscos ocupacionais devem ser minimizados ao máximo no ambiente ou mesmo no processo de trabalho os danos à saúde. O processo saúde e adoecimento do trabalhador de enfermagem depende diretamente das mudanças das condições de trabalho, se modificadas, resulta em benesses às condições de vida dos profissionais e dos pacientes por eles assistidos.

Ademais, o trabalho não deve ser visto apenas como uma atividade profissional, pois nele há convívio com outras pessoas, tanto do meio interno como externo, que interfere diretamente na sua vida pessoal, pois interfere em seu ambiente social e doméstico, estabelecendo a qualidade de suas relações individuais. Esse convívio diário é o que pode expressar de forma clara o que traz ao trabalhador momentos satisfatórios, e também os elementos causadores de sofrimento que o trabalho expressa (MONTEIRO et al.,2013).

Sobre esta temática, Ueno et al. (2017) escreve que a maneira eficaz de prevenir o estresse no trabalho, é oferecer suporte social aos trabalhadores por meio de relações mais próximas entre os mesmos e os gestores, proporcionando auxílio mútuo entre os próprios profissionais. É prudente, contudo, reconhecer que a subjetividade das questões que permeiam o processo de trabalho é complexa e, todavia, é um desafio enfrentá-las.

As mudanças das condições de trabalho em instituições de saúde são essenciais para que os profissionais de enfermagem tenham qualidade de vida e equilíbrio psíquico no ambiente de trabalho, dentre estas medidas institucionais, o dimensionamento e remanejamento dos funcionários, do mesmo modo, pode minimizar a sobrecarga dos funcionários e consequentemente reduzir o adoecimento mental (MESQUITA et al., 2014).

Programa de educação continuada é essencial para os profissionais de saúde que trabalham diretamente ou indiretamente com os pacientes e com seus imunobiológicos. A educação permanente, também é retratada como uma forma de fomentar a aquisição do conhecimento, para que os profissionais de saúde estabeleçam e adotem medidas preventivas, para reduzir os riscos no ambiente hospitalar e como forma de incentivar os profissionais a refletirem quanto a sua prática de trabalho e a responsabilidade diante de si e do paciente, além de ser utilizada para o treinamento da equipe (MONTEIRO et al.,2015).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os conflitos emocionais vivenciados pelos profissionais de enfermagem, destacam-se as situações em que ocorrem desrespeitos, desentendimentos, divergências de opiniões e agressões verbais entre profissionais de enfermagem, identificou-se ainda, os casos em que os profissionais se sentem constrangidos durante o desempenho de suas práticas laborais por não conseguirem trabalhar de forma correta e/ou receberem reclamações constrangedoras sobre práticas que não são de sua competência.

Tais situações desencadeiam o estresse e sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem no ambiente laboral, estando relacionados a aspectos da organização, administração, sistema de trabalho e das relações interpessoais na instituição de saúde, as alterações psicossociais apresentam riscos para o equilíbrio da saúde com reações físicas ou mentais relacionadas às atividades e ocorrências do ambiente de trabalho.

O sofrimento psíquico dos profissionais de enfermagem tem uma relação direta com o ambiente de trabalho, seja com a sobrecarga de trabalho pelo mal dimensionamento de pessoal, desorganização e ausência de responsabilidade ou quando sob julgados por ações constrangedoras ou desrespeitosas, tais situações colocam em risco seu bem-estar não só dos profissionais como também dos pacientes sob cuidados.

Em observâncias, conclui-se que deve haver a realização de novas demandas organizativas dentro da instituição de saúde, com o dimensionamento coerente às demandas de serviços, conscientização dos profissionais para o respeito com o demais e desempenho de suas funções sem determiná-las a outros profissionais da equipe. Trabalhar em equipe é mais que práxis, é um processo continuo de interação interpessoal onde todos adaptam-se aos serviços, práticas e protocolos sem desrespeitar os componentes da equipe de saúde.

Portanto, determina-se como medidas de prevenir o sofrimento psicológicos dos profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde, a organização e da gestão do trabalho pode apresentar uma forma de amenizar os riscos psicossociais dos profissionais, como exemplo, melhorar infraestrutura e disponibilidade de

equipamento adequadas e suficientes para o bom desempenho de suas práticas, para que este não tenham uma postura apreensivas no desempenho de suas funções, aumento do quadro de profissionais e dimensionamento correto evitando trabalho excessivo e evitar ações autoritárias constrangedoras para os demais.

No entanto, os profissionais de enfermagem devem ser consciente e refletir criticamente sobre seu papel profissional e também seus limites, jornadas duplas de trabalho por conta de melhores condições salariais, ausência de diálogo com a equipe de trabalho e recusa em buscar acompanhamento psicológico para suporte ao estresse e sofrimento psíquico não trazem qualidade de vida e satisfação do profissional.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1ºed. Editora Edição 70: São Paulo, 2011.
- BRAGA, C. G.; SILVA, C.G. **Teoria de enfermagem**. 1º ed. Rio de Janeiro: Érica, 2011, p. 106-107.
- DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0255, 2018.
- FERREIRA, N.N; LUCCA, S.R. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, v.18, n.1, p.68-7, jan-mar, 2015.
- KESTENBERG, C. C. F. et al. O estresse do trabalhador de enfermagem: estudo em diferentes unidades de um hospital universitário. **Rev enferm UERJ.**, v.23, n.1, p.45-51, jan-fev, 2015.
- LORO, M.M et al. Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da Enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Escola Anna Nery**, v.20, n.4, out-dez, 2016.
- MESQUITA, K.L. et al. A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.1, p.1019-1028, jan-abr, 2014.
- MONTEIRO, J.K. et al. Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.33, n.2, p.366-37, jan, 2013.
- MONTEIRO, G.R.S.S. et al., Mapa de risco como instrumento para a identificação de riscos ocupacionais: revisão integrativa da literatura. **Res.: Fundam. Care. Online**, v.7, n.3, p.3076-3092, jul-set, 2015.
- PAULA, G.S. et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. **R. pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v.10, n.3, dez, 2010.
- SILVA, D.S.D. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enf. USP**, v.49, n.6, p.1027-1036, set, 2015.
- SILVA, S.M. et al. Relação entre Resiliência e Burnout: Promoção da Saúde Mental e Ocupacional dos Enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.16, p.41-48, dez, 2016.
- TAVARES, J.P. et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. **Esc.**

**Anna Nery.** Rio Grande do Sul, V.18, n.3, p.407-414, marc, 2014.

UENO, L.G.S. et al. Estresse Ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.4, p.1632-8, abr, 2017.

URBANETTO, J.S. et al. Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 47, n.3, p.1186-93, jun, 2013.

WORM, F.A. et al. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. **Rev Cuid.**, v.7, n.2., p.1288-96, abr, 2016.

## A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA NO PERÍODO DE 2008 A 2017

**Agatha Soares de Barros de Araújo**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

**Thelma Spindola**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro - RJ

**Alan Barboza de Araújo**

Faculdades Reunidas da Associação de Solidariedade à Crianças Excepcional

Rio de Janeiro - RJ

**Karen Silva de Sousa**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro – RJ

**Ivete Letícia da Silva Tavares**

Centro Universitário Celso Lisboa

Rio de Janeiro - RJ

“Jornal Brasileiro de DST” é o periódico nacional com o maior quantitativo de publicações. A abordagem de pesquisa mais empregada pelos pesquisadores é a quantitativa, com prevalência da pesquisa de campo. **Conclusão:** A sífilis congênita é um problema de saúde pública, ainda presente, que necessita da atenção e intervenção dos profissionais de saúde, especialmente, no atendimento pré-natal. Ao comparar as publicações sobre a temática em periódicos nacionais e internacionais se observou que a produção nacional é menor.

**Contribuições:** Considerando a importância de pesquisas relacionadas ao tema para sensibilização e mudança do panorama seria oportuno o incentivo de estudos e a divulgação dos achados nos periódicos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado Pré-Natal; Sífilis Congênita; Sífilis; Enfermagem; Enfermagem Neonatal; Neonatologia

SCIENTIFIC PRODUCTION OF HEALTH PROFESSIONALS ON CONGENITAL SYPHILIS IN THE PERIOD 2008-2017

**ABSTRACT:** **Objective:** To analyze the scientific production of health professionals related to congenital syphilis in the newborn from 2008 to 2017. **Method:** A descriptive study of bibliometric type, with timeframe from 2008 to 2017. The capture of the material was

**RESUMO:** **Objetivo:** Analisar a produção científica dos profissionais de saúde relacionada à sífilis congênita no neonato no período de 2008 a 2017. **Método:** Estudo descritivo do tipo bibliométrico, com recorte temporal do período de 2008 a 2017. A captura do material foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e a amostra selecionada foi de 62 artigos. **Resultado:** Os achados evidenciam que a metade dos artigos foi publicado por profissionais brasileiros, médicos em sua maioria, porém, em periódicos internacionais; o ano de 2013 apresentou o maior número de registros; o

performed in the Virtual Library in Health (VHL), and the selected sample consisted of 62 articles. **Results:** The data shows that half of the articles were published by Brazilian professionals, mostly doctors, but in international journals; 2013 had the highest number of records; The “Jornal Brasileiro de STD” is the national journal with the largest number of publications. The research approach most used by researchers is the quantitative one, with prevalence of field research. **Conclusion:** Congenital syphilis still is a present public health problem that needs the attention and intervention of health professionals, especially in prenatal care. When comparing publications on the theme in national and international journals, it was observed that national production is lower. **Contributions:** Considering the importance of research related to the theme to raise awareness and change the landscape, it would be opportune to encourage studies and disseminate the findings in the journals.

**KEYWORDS:** Prenatal Care; Syphilis Congenital; Syphilis, Nursing; Neonatal Nursing; Neonatology

## 1 | INTRODUÇÃO

A motivação pelo estudo surgiu a partir do interesse das autoras em analisar a produção científica dos profissionais da saúde com relação à sífilis congênita, uma vez que há uma elevada taxa de sífilis e seus subtipos que vêm sendo divulgada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b).

A sífilis possui uma incidência mundial de aproximadamente 12 milhões de casos, sendo 2 milhões em gestantes, quando a gestante encontra-se contaminada, o maior risco é a sífilis congênita (PINILLA *et al*, 2018; AMAYAA *et al*, 2019). A sífilis congênita precoce é diagnosticada até o 2º ano de vida, através de uma avaliação epidemiológica da situação materna e avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, delimitou-se como problema de pesquisa desta investigação: Qual a produção científica dos profissionais de saúde relacionada à sífilis congênita?

Para dar conta da questão problema definiu-se como objetivo geral: Analisar a produção científica dos profissionais de saúde relacionada à sífilis congênita, e como objetivos específicos:

1. Caracterizar a produção científica relacionado à sífilis congênita, segundo o ano de publicação, periódico, titulação dos pesquisadores e área de conhecimento.
2. Discutir a produção científica relacionada à sífilis congênita na perspectiva da prevenção de agravos à saúde neonatal.

Considerando a elevada ocorrência de sífilis adquirida e de sífilis congênita que vem sendo divulgada pelo Ministério da Saúde. No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos

foi notificada na região Sudeste. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país(BRASIL, 2017b).

Apesar de existirem políticas e protocolos voltados para a prevenção e tratamento da sífilis, os dados epidemiológicos mostram outra realidade, apontando sérias falhas na assistência às gestantes e neonatos. Desta maneira, o estudo pode contribuir para a assistência modificando positivamente a estratégia de atenção às gestantes com sífilis e neonatos nascidos com a doença, dando ênfase à importância do tratamento, impactando na diminuição das taxas de incidência de sífilis congênita.

## 2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo descritivo e bibliométrico. Para o levantamento dos dados, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de dezembro de 2017 a abril de 2018, com as seguintes fórmulas: (sifilis congenita) AND (neonato) AND (enferm\*); (sifilis congenita) AND (enferm\*); (sifilis) AND (neonatal) AND (enferm\$). Nessa busca foram utilizados os filtros: artigos com texto completo disponível, recorte temporal de 2008-2018, abordagem com o tema influência da sífilis no desenvolvimento neonatal. Os critérios de exclusão foram produções repetidas, temática abordada distinta da selecionada para esse estudo, artigos indisponíveis na versão completa.

Para a coleta de dados utilizou-se um formulário criado pelas autoras em que foram captadas as seguintes variáveis: ano de publicação, tipo de estudo, abordagem metodológica, nome do periódico, temática abordada.

Na busca da BVS foram localizados 2750 artigos. Após aplicação dos filtros, foram capturados 487 artigos; após aplicação dos critérios de exclusão, ficaram 99 artigos. Deste total foram selecionados os estudos sobre a influência da sífilis no desenvolvimento neonatal, totalizando 62 artigos.

Para a organização e análise dos dados empregou-se a estatística descritiva simples em frequência absoluta e percentual, com auxílio do Software Microsoft Excel 2013.

## 3 | RESULTADOS

Nessa etapa procuramos detalhar dados mais relevantes encontrados durante a pesquisa que abordam a produção científica dos profissionais de saúde em relação à sífilis congênita em recém-nascido. Participaram desta pesquisa 62 artigos, no espaço temporal dos últimos 10 anos (2008 – 2017).

	Periódicos Nacionais	Periódicos Internacionais	Total	%
<b>2008</b>	1	2	3	4,84
<b>2009</b>	2	1	3	4,84
<b>2010</b>	1	3	4	6,45
<b>2011</b>	1	9	10	16,13
<b>2012</b>	0	5	5	8,06
<b>2013</b>	6	5	11	17,74
<b>2014</b>	4	5	9	14,52
<b>2015</b>	6	2	8	12,90
<b>2016</b>	1	5	6	9,68
<b>2017</b>	2	1	3	4,84
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>
<b>%</b>	<b>38,71</b>	<b>61,29</b>		

Tabela 1. Distribuição dos periódicos e ano de publicação. BVS, 2008 – 2017

Os dados apresentados na tabela 1 evidenciam que no período de 2008 a 2010 foram publicados dez artigos. Houve um aumento de produção nos anos de 2011, 2013 e 2014, e decréscimo da produção a partir de então.

Quando avaliamos os periódicos nacionais, percebemos que o “DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis”, neste grupo, apresenta um número um pouco mais expressivo de publicações no âmbito nacional (6/25,0%), seguido do Caderno de Saúde Pública, Epidemiologia e Serviços de Saúde, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical cada um apresentando 12,5%(3) de publicação.

	Enfermeiro	Médico	Outras Áreas	Não Encontrado	Total		Enfermeiro	Médico	Outras Áreas	Não Encontrado	Total
					f	%					
Alemanha	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,42	1	0,42	
América Central	0	0,00	2	0,83	0	0,00	0	0,00	2	0,83	
Ásia	0	0,00	5	2,08	0	0,00	0	0,00	5	2,08	
Austria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,42	1	0,42	
Bolivia	0	0,00	2	0,83	0	0,00	0	0,00	2	0,83	
Brasil	<b>47</b>	<b>19,58</b>	<b>55</b>	<b>22,92</b>	<b>15</b>	<b>6,25</b>	3	1,25	<b>120</b>	<b>50,00</b>	
Canadá	0	0,00	3	1,25	0	0,00	0	0,00	3	1,25	
Chile	0	0,00	<b>15</b>	6,25	0	0,00	0	0,00	15	6,25	
China	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	5,00	12	5,00	
Colombia	0	0,00	<b>13</b>	5,42	0	0,00	2	0,83	15	6,25	
Coreia	0	0,00	4	1,67	0	0,00	0	0,00	4	1,67	
Espanha	0	0,00	6	2,50	0	0,00	0	0,00	6	2,50	
França	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	2,50	6	2,50	

India	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	2,50	6	2,50
Itália	0	0,00	3	1,25	0	0,00	6	2,50	9	3,75
Londres	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,83	2	0,83
México	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	2,08	5	2,08
Portugal	0	0,00	4	1,67	0	0,00	0	0,00	4	1,67
Reino Unido	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,83	2	0,83
Suiça	0	0,00	2	0,83	0	0,00	0	0,00	2	0,83
USA	0	0,00	3	1,25	0	0,00	10	4,17	13	5,42
Venezuela	0	0,00	5	2,08	0	0,00	0	0,00	5	2,08
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>19,58</b>	<b>122</b>	<b>50,83</b>	<b>15</b>	<b>6,25</b>	<b>56</b>	<b>23,33</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2. Distribuição dos Autores conforme país de origem e profissão. BVS, 2008 – 2017

A tabela 2 apresenta os autores, suas profissões e países de origem. As profissões que tinham menos de quatro autores ficaram no campo “Outras Áreas”, e foram apresentadas somente na realidade brasileira, a saber: Biomédico, Ciências Biológicas, Ciências da Computação, Ciências da Saúde, Ciências Médicos, Fonoaudiólogo, Letras e Psicologia. É possível observar que existe um quantitativo expressivo de enfermeiros que produzem, contudo somente foram localizadas publicações dos enfermeiros brasileiros sobre essa temática; quase um quarto dos autores não foi possível localizar a profissão; a metade dos autores são médicos distribuídos majoritariamente no Brasil, Chile e Colômbia, respectivamente.

Ao se comparar os periódicos e a origem dos autores, percebe-se que os autores brasileiros são metade (50%) do quantitativo apresentado de autores, e os mesmos estão publicando mais nos periódicos internacionais que nos nacionais. Observou-se, também, que os médicos brasileiros (22,92%) são os que mais publicam sobre esta temática, seguidos dos enfermeiros brasileiros (19,58%).

<b>Tipo de Estudo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Pesquisa de Campo	<b>34</b>	54,84
Estudo Documental	13	20,97
Revisão Bibliográfica	12	19,35
Estudo Ecológico	3	4,84
<b>Abordagem</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Quantitativa	<b>46</b>	74,19
Qualitativa	13	20,97
Quanti - qualitativa	3	4,84
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>

Tabela 3. Distribuição dos artigos conforme o tipo e abordagem do estudo. BVS, 2008 – 2017

Na tabela 3 podemos observar que a maioria das publicações são pesquisas de campo (54,84%), o que significa que está sendo pesquisada na prática esta temática. Além disso, observa-se que a maior parte dos pesquisadores tem preferido a abordagem quantitativa para a elaboração de suas pesquisas.

Na tabela 3 podemos observar que o quantitativo de estudos documentais e revisão bibliográfica são quase semelhantes (20,97% e 19,35% respectivamente).

Sífilis congênita	<b>30</b>	48,39
Sífilis em gestante, sífilis congênita	11	17,74
Sífilis congênita, pré natal	10	16,13
Sífilis congênita, agravos de notificação, vigilância	2	3,23
Pré natal	1	1,61
Saúde pública, sífilis	1	1,61
Sífilis congênita, agravos de notificação, vigilância	1	1,61
Sífilis congênita, perfil epidemiológico	1	1,61
Sífilis congênita, pré natal, óbitos fetais	1	1,61
Sífilis congênita, pré natal, óbitos fetais	1	1,61
Sífilis em gestante, pré natal	1	1,61
Sífilis, sífilis congênita, políticas de saúde, óbitos	1	1,61
Testes sorológicos, sífilis congênita	1	1,61
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>

Tabela 4. Distribuição dos artigos conforme as temáticas investigadas. BVS, 2008 – 2017

A tabela 4 evidencia que quase metade das publicações abordou o tema sífilis congênita. As demais publicações, além de abordar essa temática fizeram associação com outras. As temáticas associadas que apareceram com maior frequência foram sífilis em gestante (17,74%) e pré-natal (16,13%)

## 4 | DISCUSSÃO

No ano de 2011, foi instituída a Rede Cegonha, com a portaria nº 1.459. Em 2012, surgiu uma portaria que dispõe sobre a realização de testes rápidos para detecção da sífilis na atenção básica, com isso ficou estabelecida que uma das atividades a serem realizadas na consulta de pré-natal é a realização dos testes rápidos (BRASIL, 2012). Nesse período, então, a detecção da sífilis em gestantes estava no cotidiano dos profissionais de saúde, o que poderia justificar o interesse em realizar pesquisas voltadas a esta temática nos anos seguintes como pode ser observado na tabela 1.

Pode-se observar, também, a diferença do quantitativo de publicações nacionais e internacionais com maior representatividade nas revistas internacionais (61,29%). Esse resultado pode ser decorrente de alguns fatores, como os altos custos para

publicação nas revistas nacionais e, também, a valorização das publicações internacionais, considerando que os autores ganham maior visibilidade e “suas vozes tendem a ser mais ouvidas pelas autoridades de política científica” (MENEGRINI, 2012, p.437).

Destaca-se que existem duas rotas de publicação: a rota seletiva, que são as publicações internacionais e a rota regional que são as publicações nacionais. “A rota seletiva, trilhada pelos pesquisadores de maior prestígio, pode levá-los a uma maior visibilidade internacional, mormente quando há publicação profícuas nos periódicos de mais renome” (MENEGRINI, 2012, p.438). Os autores que optam pela “rota regional aspiram a que esses periódicos se tornem mais visíveis e reconhecidos como fonte de informação valorizada, e não apenas um instrumento de vazão ao público de um conhecimento acumulado” (MENEGRINI, 2012, p.438).

Sendo o DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis um periódico vinculado à Universidade Federal Fluminense, que trata especificamente do tema Doenças Sexualmente Transmissíveis e possui como missão “ser um instrumento idôneo e confiável de disseminação de conhecimento científico de qualidade na área de deespetologia – DST”. O fato de a revista que mais publica possuir Qualis B3, ou seja, pouco expressivo desperta nossa curiosidade. Apenas uma revista tem classificação menor que essa (o “Boletim Epidemiológico Paulista”) com Qualis B4.

A pesquisa de campo é utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, de descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (JACOBSEN *et al*,2017). A pesquisa documental possui como base de levantamento de dados documentos, “a coleta de informações é realizada em materiais que não receberam qualquer tipo de análise crítica. Neste tipo de pesquisa, os documentos consultados são, geralmente, classificados como fontes primárias e fontes secundárias” (FONTELLES; SIMÕES; FARIAS e FONTELLES, 2009, p.7). Já a pesquisa bibliográfica abrange tudo que é texto que foi tornado público que tem a ver com o tema e possui como finalidade aproximar o pesquisador em contato com o que já foi estudado sobre o tema (FONTELLES; SIMÕES; FARIAS e FONTELLES, 2009).

A pesquisa quantitativa avalia tudo que possa ser quantificável, um dos propósitos da abordagem quantitativa é estabelecer padrões de comportamento e provar teorias, ela requer a utilização de técnicas de estatística, traduzindo em números os dados gerados pelo pesquisador (ESPERÓN, 2017).

A pesquisa qualitativa, também, tem sido empregada pelos autores para análise de seus achados, os principais estudos têm sido desenvolvidos de forma qualitativa, ela é essencial para o entendimento da realidade humana. Reconhecer a natureza dinâmica da ciência nos leva a valorizar a necessidade de continuar empregando, sempre que necessário, a pesquisa quantitativa, como é o caso da Enfermagem, para a realização do seu desenvolvimento como ciência (ESPERÓN, 2017).

Notou-se o interesse por temáticas como a sífilis congênita, sífilis em gestante e pré-natal para realização das pesquisas. Acredita-se que essas temáticas despertam interesse, porque a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo. Como, também, ocasionam mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, colocando em risco de morte prematura cerca de 200 mil crianças (BRASIL, 2017b).

Em 2014, cerca de 40% dos 10.446 óbitos infantis e neonatais evitáveis ocorridos no Brasil estavam relacionados à inadequação da atenção à gestação (TOMESI *et al*, 2017). O principal fator responsável pela elevada incidência da sífilis congênita em todo o mundo é a assistência pré-natal inadequada. Além da garantia do acesso ao serviço de saúde, a qualidade da assistência pré-natal e no momento do parto é determinante para a redução da incidência de sífilis congênita, a mesma pode contribuir para desfechos maternos e perinatais mais favoráveis ao permitir a detecção precoce e o tratamento oportuno de diversas doenças, além do controle de alguns fatores de risco que causam complicações à saúde da mulher e do recém-nascido (CORRÊA; TSUNECHIRO; LIMA e BONADIO, 2014; NONATO; MELO e GUIMARÃES, 2015; TINAJEROS *et al*, 2017).

O tema da qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde em nosso país continue a ser estudado em novas pesquisas, notadamente por meio de estudos de intervenção, de modo a testar a efetividade de ações de qualificação das equipes e dos processos de trabalho, fato que justifica a motivação para os autores publicarem sobre as temáticas descritas anteriormente (TOMESI *et al*, 2017).

## 5 | CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou conhecer a produção científica dos profissionais de saúde relacionada à sífilis congênita, pode-se observar que a temática é pouco investigada, uma vez que nos últimos 10 anos encontrou-se apenas 62 produções.

Ficou evidenciado que embora as publicações sejam em sua maior parte internacionais, metade dos pesquisadores são brasileiros o que comprova a desvalorização a nível nacional acerca de pesquisas científicas, tornando-se necessário que nossos pesquisadores publiquem em revistas internacionais. Além disso, percebe-se que após a implantação dos testes rápidos de sífilis na atenção primária houve um pequeno aumento no número de publicações sem, contudo, significar a manutenção dessa produção.

A ocorrência de sífilis congênita, ainda, é um problema de saúde pública que necessita da atenção e intervenção dos profissionais de saúde, especialmente, no atendimento pré-natal. Nesse sentido, ressalta-se a importância de investimentos do setor público para o estímulo à investigação científica e, consequentemente, o aumento de publicações acerca da temática.

## REFERÊNCIAS

- AMAYAA, M.A. et al. Sífilis congénita tardía: a propósito de un caso. **Arch Argent Pediatr**, v. 117, n. 4, p. e399-e402, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 44 p.
- BRASIL. Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jan. 2012.
- CORRÊA, D. M.; TSUNECHIRO, A. M.; LIMA, P. O. M.; BONADIO, C. I. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n. Esp, p. 24-32, 2014.
- ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v 21, n1, p.1-2, 2017.
- FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. Para. Med. (Impr.)**, v. 23, n.3, p. 1-8, 2009.
- JACOBSEN, A. L. et al. Perfil metodológico de pesquisas elaboradas no âmbito das instituições de ensino superior brasileiras: uma análise de publicações feitas pela revista ciências da administração. **Rev. Ciências da adm**, p. 2-5, 2017.
- MENEGRINI, R. Publicação de periódicos nacionais de ciência em países emergentes. **Educação em Revista**, v.28, n.2, p. 435-42, 2012.
- NONATO, M.S.; MELO, S. P. A.; GUIMARÃES, C. D. M. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congénita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.4, p. 681-94, 2015.
- PINILLA, G. et al. Detección de *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* para el diagnóstico de sífilis congénita mediante reacción en cadena de la polimerasa anidada. **Biomedica**, v. 38, n.1, p. 128-35, 2018.
- TINAJEROS, F. et al. Barreras del personal de salud para el tamizaje de sífilis en mujeres embarazadas de la Red Los Andes, Bolivia. **Rev Panam Salud Pública**, v.41, p.1-6, 2017.
- TOMESI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.3, p. e00195815, 2017.

## A VIVÊNCIA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NA REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO: UMA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

**Jailton Luiz Pereira do Nascimento**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

**Ana Claudia Queiroz Bonfin**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

**José Musse Costa Lima Jereissati**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

**Alexandre Nakakura**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

**Rosilaine Gomes dos Santos**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

**Carlos André Moura Arruda**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

método mais indicado para o rastreamento de forma precoce do câncer de colo de útero. Objetiva-se identificar os sentimentos que os Acadêmicos de Enfermagem em campo de Estágio Supervisionado sentem ao praticar o exame citopatológico. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, que ocorreu na Clínica Escola da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará, no período de março a outubro de 2014. A população foi composta por 16 acadêmicos de enfermagem e a coleta de dados foi baseada na técnica do discurso coletivo. Utilizando-se os conceitos da fenomenologia interpretativa e existencial para a análise dos dados. Constatou-se que o acadêmico de enfermagem que acompanha as mulheres na realização do exame citopatológico deve possuir atributos como: empatia, calor humano, simplicidade, capacidade de ouvir, transmitindo, assim, segurança às usuárias, colocando-se dessa forma no lugar dessas pessoas. O futuro profissional deve estar atento, para uma melhor qualidade do atendimento, às queixas, às dúvidas e às ansiedades, desenvolvendo assim uma capacidade de interação em relação aos aspectos emocionais da paciente. Pretende-se que este estudo contribua para o conhecimento dos sentimentos dos Acadêmicos de Enfermagem na realização do exame citopatológico em seus primeiros contatos com a paciente e a prática, permitindo

**RESUMO:** O câncer é hoje uma das maiores causas de morte na população mundial. O exame citopatológico é um método simples onde permite detectar possíveis alterações do colo uterino, onde se constitui até hoje o

ainda realizar modificações ou aprimorando conhecimentos e condutas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Mulher, Enfermagem, Educação em Enfermagem.

## NURSING EXPERIENCE IN THE ACADEMIC ACHIEVEMENT EXAMINATION PAP: AN APPROACH PHENOMENOLOGICAL

**ABSTRACT:** Cancer is today one of the leading causes of death in the world population. The cytopathological examination is a simple method to detect possible changes in the cervix, which is still the best method for early screening of cervical cancer. The objective is to identify the feelings that Nursing Academics in the Supervised Internship field feel when practicing the cytopathological exam. This is a qualitative study with phenomenological approach, which took place at the School Clinic of the Faculty of Education and Culture of Ceará, from March to October 2014. The population consisted of 16 nursing students and data collection was based on in the technique of collective discourse. Using the concepts of interpretive and existential phenomenology for data analysis. It was found that the nursing student who accompanies women in performing the cytopathological examination must have attributes such as: empathy, warmth, simplicity, ability to listen, thus transmitting safety to users, thus placing themselves in their place. The future professional should be aware, for a better quality of care, complaints, doubts and anxieties, thus developing an ability to interact with the patient's emotional aspects. It is intended that this study contributes to the knowledge of the feelings of nursing students in performing the cytopathological examination in their first contacts with the patient and practice, allowing further changes or improving knowledge and behavior.

**KEYWORDS:** Women's Health, Nursing, Nursing Education

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (OMS, 2002). Tal conceito tem uma profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e saúde da população. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços.

Nossa população está envelhecendo de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice (IBGE, 2003). Com relação aos dados vale ressaltar a importância de promoção de saúde associada à prevenção, como foco desse estudo ressaltamos o exame citopatológico conhecido popularmente por nossa população feminina por exame de prevenção contra o câncer de colo de útero. O câncer de colo de útero tem o mais alto índice de morte, chegando a ser a segunda maior causa no mundo, com uma maior incidência em países em

desenvolvimento (BRASIL, 1984).

No Brasil, este representa o terceiro mais comum tipo de neoplasia maligna que acomete mulheres, sendo superado apenas pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama. Vale ressaltar que o Câncer de Colo de Útero tem sua etiologia associada à infecção pelo papilomavírus humano (HPV) com alta probabilidade oncogênica uma vez que existem mais de duzentos tipos de HPV dos quais treze são oncogênicos onde iremos ressaltar os tipos dezesseis e dezoito que são os tipos de vírus mais comuns nas lesões diagnosticadas em nossa população. A infecção por HPV é considerada a causa necessária, embora não suficiente para desenvolvimento dessa neoplasia, tendo em vista a presença do DNA viral em 99,7% dos casos da doença (FERNANDES, 2009).

O exame citopatológico é um método simples onde permite detectar possíveis alterações do colo uterino, onde serão avaliadas células descamadas do epitélio onde se constitui até hoje o método mais indicado para o rastreamento de forma precoce do CCU por se tratar de um exame descomplicado, breve, indolor e de fácil execução, pode ser realizado a nível ambulatorial e na Estratégia de Saúde da Família, executado pelo médico e enfermeiro, onde tem se mostrado bastante eficiente para a aplicação coletiva, não custando nenhum ônus ao usuário. Uma das grandes limitações dessas mulheres terem uma adesão satisfatória é a falta de informação, preconceitos de seus parceiros, medo, vergonha entre outros, vale ressaltar que estudos revelam que o maior índice de incidência e prevalência de CCU são mulheres com baixa condição sócio econômica o que torna o problema uma questão de saúde pública.

Em 1984, o Ministério da saúde elaborou o programa de assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (FERNANDES *et al.*, 2009). Fazendo com que assim fossem incorporadas como princípios e diretrizes onde as propostas eram descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços juntamente a incorporar entram a integralidade e a equidade. Fazendo com que assim a mulher fosse vista de uma forma Holística e não meramente como um ser fragmentado, tendo ela o direito de cuidar-se de se, e saber sua real condição de saúde.

Assim, cabe-nos ressaltar que o ensino dos cursos de graduação em enfermagem no país está voltado às questões técnicas e aos estudos dos procedimentos físicos relacionados à doença (TERRA *et al.*, 2010). Em virtude disso, as relações interpessoais, a atenção dada aos sentimentos do ser humano, bem como a responsabilidade do cuidar passam a ser grande desafio. O que torna o real propósito da enfermagem desvinculado que é o cuidar de forma científica mais sem esquecer-se da humanização do cuidado. Porém onde aprender a ser “humano” não seria impossível um ser humano não ser dotado de humanidade, é preciso que o aluno deixe de ser expectador e se torne sujeito integrador de um saber que pode ser sentido, construído e percebido, nós seres humanos somos seres cultural e social

e aprendemos a construir nossas ações mediante o que vivenciamos em nosso cotidiano, então dentro da sala de aula onde o professor ele não mais impõe um saber ele deve chamar prender atenção de seus alunos e construir seres humanizados.

Diante do exposto vale ressaltar a atuação do professor e ou preceptor como um componente mediador do aprendizado, o professor precisar assumir um lugar de mediador no processo ensino aprendizagem de forma que os alunos ampliem suas possibilidades humanas de conhecer, duvidar e interagir com o mundo através de uma nova maneira de educar (RODRIGUES; SOBRINHO, 2007). Ensinar não é transferir conhecimento, mais criar possibilidades para a sua própria produção ou construção (FREIRE, 1996). É necessário trazer ao estudante desde seu egresso fazer com que ele venha se inserirem no aprendizado como um ser que busca respostas a seus questionamentos e que contribuição seu aprendizado poderá trazer de benefício para a sociedade.

A participação ativa do aluno na construção do conhecimento vislumbra a formação de um profissional com capacidade de atuar criticamente em sua realidade (KAISER; SERBIM, 2009). Nos dias atuais, a exigência quanto aos profissionais, faz com que as universidades e suas práticas pedagógicas, contribuem não só na formação, como também na transformação das relações sociais. Sendo assim a formação neste enfoque se torna necessário que os profissionais se tornem comprometidos com as diferentes representações sociais.

Dito isto, este manuscrito objetiva identificar os sentimentos que os Acadêmicos de Enfermagem em campo de Estágio Supervisionado sentem ao praticar o exame citopatológico.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. A pesquisa qualitativa busca estudar no fato um cenário natural, a partir das observações de situações reais e cotidianas trabalha a construção não estruturada dos dados e busca o significado da ação social segundo a visão dos sujeitos investigados. Já a fenomenologia “é um método de conhecimento para compreender, interpretar e descrever os fenômenos da forma como se mostra em si mesmo” (HEIDEGGER, 2005).

Para que fosse possível analisar a atuação e sentimentos do outro requer uma compreensão mais global de experiências vivenciadas por pessoas a partir de suas próprias perspectivas, consideramos que o melhor caminho para se obter tal resultado e a pesquisa qualitativa ficando assim mais concisa ao que pretendemos, trabalhar na linha fenomenológica. “o ser não somente não pode ser definido, como também nunca se deixa determinar em seu sentido por outra coisa nem como outra coisa. O ser só pode ser determinado a partir do seu sentido como ele mesmo” (HEIDEGGER, 2005). O que nos remete a refletir que o ser é inconclusivo e passa por constantes

transformações. Contudo o fenômeno que pretendemos estudar são os sentimentos percebidos pelos acadêmicos de enfermagem que realizaram a prática do exame citopatológico.

A pesquisa ocorreu na Clínica Escola da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará, nas disciplinas obrigatórias do estágio supervisionado em enfermagem I e II no período de março a outubro de 2014.

Participaram da pesquisa 16 acadêmicos de enfermagem. O critério de inclusão foi que os participantes tivessem realizado o exame citopatológico em campo de prática pelo menos uma vez, e os critérios de exclusão foram os alunos que não quiseram participar da entrevista. O sigilo e a identidade dos participantes da pesquisa foram respeitados, as entrevistas dos alunos foram identificadas como A1, A2, A3... A16 e todos concordaram com a divulgação dos dados não pessoais assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi solicitado aos alunos que descrevesse a experiência vivenciada durante a realização do exame citopatológico como forma de explorar e revelar o fenômeno, e suas descrições, foram orientados por meio de uma pergunta norteadora: Para você como foi realizar o exame citopatológico?

Na busca pela compreensão de entender sentimentos vivenciados é que desenvolvemos este trabalho, de acordo com o que percebemos em cada, situação, algumas pessoas podem definir a Fenomenologia como empírica. Porque depende das experiências e reações de cada indivíduo o qual importante é para a compreensão do mundo, sem dúvida não é um método fácil pela complexidade e pela ótica perceptiva que requer o método. Podemos ainda descrevê-la como um método que envolve cultura intelecto e emoção sendo assim percebeu-se que cada pessoa possui ideias diferentes de acordo com suas memórias, experiências e sentimentos.

Iniciou-se a análise dos dados através da redução fenomenológica que é o processo pelo qual o momento da trajetória tem como objetivo determinar, selecionar quais as partes da descrição são consideradas essenciais e quais não são (MERRIGHI; BONADIO, 1998).

A pesquisa obedeceu à Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Posterior à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer Consustanciado nº 871.652) e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido é que foram coletados os dados da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do fenômeno estudado, e para interpretação eficiente das respostas, estas foram divididas em quatro categorias: 1. O enfermeiro como multiplicador de saberes através do acolhimento e educação em saúde; 2. O acadêmico como protagonista da realização de uma prática em seu primeiro contato com o desconhecido; 3. O acadêmico de enfermagem e a associação da teoria com

### **O enfermeiro como multiplicador de saberes através do acolhimento e educação em saúde.**

Podemos perceber que apesar de pouco familiarizados com a prática do exame citopatológico, através de explicações fornecidas as pacientes pela educação em saúde uma importante ferramenta utilizada, hoje no coletivo como de forma individual, facilitou a execução da prática, a forma que a preceptora acolhe os acadêmicos ou seja autonomia para poder executar sua prática, e mostra que também procuram uma prática pautada no acolhimento, tornando assim um processo tranquilo.

*“A princípio fiquei meio receosa por ser a primeira vez, mas a preceptora do estágio me acolheu de uma forma que me fez sentir calma, e assim consegui realizar o exame. A paciente também depois de retirar todas as dúvidas ficou tranquila, e foi realizado o exame na técnica correta no modo correto, foi tranquilo.” (A1).*

*“Bom nós realizamos uma educação em saúde abordando as principais etapas do exame, onde a preceptora nos deixou à vontade para trabalharmos com as pacientes e assim conseguir passar para elas as principais informações, para as mulheres que seriam atendidas por nós.” (A2).*

*“Para mim foi fácil procurei ter cuidado com a paciente, passando segurança, se você trata a paciente com importância e mostra para ele o que ela o que ela representa para aquele momento, ele vai se sentir mais à vontade.” (A3).*

O acolhimento é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a receber, atender, admitir. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (LIMA *et al.*, 2014). Onde para o acadêmico que se coloca no lugar de profissional, quando está realizando o exame, tem que receber de seu preceptor, esse acolhimento como uma forma de retirar desse futuro profissional um melhor aproveitamento de seus conhecimentos, uma vez, que ele se vê pela primeira vez, com um desconhecido, e onde recebendo a atenção acolhedora de seu preceptor, ele consegue passar, certeza e tranquilidade para a paciente fazendo com que a mesma sinta-se bem para a realização do exame.

A educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, todavia devem-se levar os usuários a refletirem sobre as bases sociais de sua vida, passando a perceber a saúde não mais como uma concessão e sim como um direito social (LIMA *et al.*, 2014). O que quanto acadêmicos no processo de formação, torna-se importante à prática de educar o outro, e através desse processo que é multidirecional, conhecer o pessoal, a dúvida o medo do outro a quem iremos atender, torna-se imprescindível para a prática da enfermagem que é baseada em evidência científica, afinal somente podemos cuidar o que conhecemos.

## O acadêmico como protagonista da realização de uma prática em seu primeiro contato com o desconhecido

Foi percebido que apesar de se tratar de um primeiro contato do acadêmico com a prática, e o sentimento de medo, nervosismo, e de encontrarem dificuldades por se tratar de uma experiência já mais vivenciada, os relatos mostram que a atuação do preceptor foi de suma importância para que esse primeiro contato fosse fornecido de uma forma a não traumatizar o acadêmico, mas sim possibilita-lo de coragem para que ele pudesse executar sua prática confiando em seu conhecimento adquirido em sua base teórica e aproveitando o seu momento de descobertas. Apesar do acadêmico estar sendo avaliado sentiu no preceptor do campo de estágio alguém que além de estar presente para orientar e avaliar seu desempenho mais também para somar com eles, e assim ficando tranquilo podendo avaliar esse primeiro momento como gratificante, em sentir que as pacientes mostraram confiança em sua abordagem e profissionalismo conforme mostra os relatos abaixo.

*“A primeira vez a gente fica um pouco nervosa né por se tratar da primeira vez, é algo desconhecido que até então eu nunca tinha realizado.” (A 5)*

*“Uma experiência nova, apesar de eu achar que eu iria eu deparar com muita de dificuldade, eu mim enganei, a paciente estava bem à vontade comigo e isso fez com que o meu primeiro contato fosse bastante gratificante pela confiança que a paciente demonstrou.” (A 6)*

*“Foi maravilhoso encontrei dificuldades, porém a preceptora que estava comigo foi me dando coragem para que conseguisse realizar o exame com bastante segurança.” (A 7)*

*“Ó a primeira vez foi complicado queira ou não queira você fica nervosa e acaba que errando um pouco da técnica, mas da segunda em diante você vai criando, mas intimidade com espaço físico em que é realizado o exame, e vai ficando mais tranquilo.” (A 8)*

*“Um contato que vai ficar marcado para sempre na minha vida, eu nunca tinha realizado o exame mais a minha preceptora proporcionou que esse contato fosse o mínimo traumático possível gostei senti nela uma pessoa que estava ali para somar comigo, apesar de estar me avaliando.” (A 9)*

*“A minha experiência foi uma experiência boa, eu tive ajuda do professor e era uma coisa nova que eu não tinha ainda realizado, e ai com o passar do tempo eu já fiz outras coletas e agora eu já estou mais segura para a realização do exame.” (A 10)*

O primeiro contato do aluno na prática pode ser considerado um momento crítico para os futuros profissionais de saúde, visto que é um momento de transformações intensas no modo de pensar-agir dos alunos (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009). Fala que um mundo novo está à frente de jovens que se deparam com sentimentos diferenciados e, propicia ao acadêmico experimentar sentimentos ambivalentes: por um lado, ele iniciará o estágio e sentir-se-á, pela primeira vez inserida na profissão. O período

de estágio muitas vezes, nunca experimentado, como medo, ansiedade, piedade, necessidade de paciência e empatia. É através desse primeiro contato, mesmo que tímido é que se fazem necessário formar profissionais empáticos, confiantes, e éticos, onde o primeiro contato pode propiciar também vontade de enfrentar seus próprios medos e anseios e ir à busca de uma prática universal (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009).

Essas transformações fazem parte do processo educativo e da prática pedagógica moderna em que o aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a conviver é a base para a formação de profissionais competentes e decisivos no mercado de trabalho (SILVA; SILVA; RAVALIA, 2009). É indispensável à presença do preceptor na formação desse acadêmico tanto para as questões de avaliação como na análise de quais acadêmicos estão aptos a aplicar teoria com a prática. A forma de como esse preceptor se faz presente, orientando os alunos nas atividades de estágios é muito importante para a aprendizagem, pois o aluno espera apoio e escuta. Então dessa forma é preciso aprimorar o relacionamento do preceptor com o acadêmico no campo de estágio como uma prioridade (BRAGA; BOSQUETTI, 2008). O que procuramos hoje em dia é preparar e formar futuros profissionais generalistas na vida, na equipe, tendo como principais requisitos responsabilidade, humildade, temperança, e preocupação com os pacientes e colegas de trabalho, e assim ser possível desenvolver o cuidado não só na perspectiva do paciente, mas em todos os envolvidos no processo de cuidar.

### **O acadêmico de enfermagem e a associação da teoria com a prática.**

A teoria não se se dissocia da prática, para realizar e prestar um cuidado é necessário que ambas estejam associadas, o cuidado do outro não pode se basear em teorias empíricas. Mas encontrar na vivência algo diferente do que se é vista na literatura, pode em um primeiro momento confundir, o acadêmico proporcionando dificuldade em associar a teoria com a prática e avaliando esse momento como insegura para a execução do exame, de acordo com o relato abaixo.

*“Realizei pela primeira vez não mim senti muito segura porque somente tinha visto o exame na teoria, na prática quando eu realizei é outra coisa totalmente diferente da teoria” (A13)*

Os cursos de graduação em enfermagem no país estão tradicionalmente, voltados às questões técnicas e aos estudos dos procedimentos físicos relacionados à doença. Sendo assim se faz necessário formar profissionais não somente voltado para a questão técnica mais sim um sujeito inserido no processo, onde ele passar a ser parte de um conhecimento e não meramente reproduzidor de um aprendizado adquirido (TERRA *et al.*, 2010).

A nova proposta pedagógica fundamenta-se na certeza de que o aluno é sujeito

ativo no processo de construção do seu conhecimento, cumprindo ao professor a condução dos processos de ensino e aprendizagem pelo permanente desafio do raciocínio do aluno e pela constante integração de novos saberes. Não estamos aqui querendo separar a teoria da prática, nem invalidar qualquer que seja o cuidado, a assistência prestada a outrem não pode ser baseada no empirismo (GODOY, 2002). Ao analisarmos o estágio é possível perceber que a teoria e a prática andam juntas, pois a prática sempre está embasada em alguma teoria e as teorias também apresentam reflexos da prática, somente a prática em si ela não representa o todo mais a interação do conjunto pode sim formar profissionais competentes com uma visão holística.

Quando o acadêmico é colocado em contato direto com a realidade, é esperado que demonstre suas habilidades práticas associadas aos conhecimentos adquiridos. Esse momento é reconhecido pelo aluno como um período de incertezas e medos, o que antes era visto em sala de aula e em laboratório de prática, agora, ele estará diante de uma pessoa, dotada de sentimentos e precisando ser assistida, essa hora que para o acadêmico de enfermagem é um momento bastante intenso ele se ver ansioso para colocar seus conhecimentos em prática mais com temor de fazer algo que seja reprovável pelo o outro no caso o paciente (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006).

### **Humanização no cuidado associado com a ética**

Podemos perceber que apesar de suas expectativas em executar uma prática, em sentirem-se por um momento profissional, houve certo cuidado com a questão da imagem do outro, em se colocar no lugar da paciente, em se preocupar em minimizar o desconforto daquele momento, mais uma vez o preceptor é inserido como um articulador proporcionando orientações aos acadêmicos para a realização de uma prática baseada na humanização com preceitos éticos, o que também é observado é que certas condutas não são orientadas em sala de aula como é mostrado nos relatos abaixo.

*“Bom o exame propriamente dito ele requer além de conhecimento ele requer algumas particularidades uma dessas particularidades, é a questão da ética, do entendimento que você está ali comum ser humano com uma pessoa que está se expondo.” (A12)*

*“Pude perceber com maior intensidade o quanto ele se faz necessário para a saúde da mulher.” (A14)*

*“A princípio foi um pouco complicado mais com as orientações do supervisor de campo eu fui conseguindo fazer o procedimento de forma adequada, e que não constrangesse a paciente deixando a paciente também confortável naquela situação.” (A15)*

*“Estava preocupado com o que essa mulher estaria sentindo, busquei minimizar ao*

*máximo o desconforto, para ela procurei ter uma prática voltada à humanização o que não é ensinado na sala de aula, pois na literatura fala-se muito de humanização, mas não nos dar meios e nem formas, como nós quanto acadêmicos podemos ofertar uma abordagem holística, a uma mulher em um exame que as deixa em situação de vulnerabilidade.” (A16)*

A enfermagem é uma das profissões da área de saúde cuja essência e especificidade é o cuidado do ser humano, seja ele individualmente ou na coletividade, o quanto isso se faz importante na enfermagem é esse diferencial de poder proporcionar ao outro um cuidado voltado ao holismo (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006). Desse modo esperamos que os centros formadores adotem uma forma que traga ao mercado de trabalho profissional que goste do contato com pessoas e que ele possa a vir proporcionar para o outro uma assistência consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS), onde visam seus princípios doutrinários que são universalidade, integralidade, equidade e descentralização, para o acesso aos serviços de saúde e uma abordagem humanizada a todos inseridos na família, sociedade e em sua forma individual. Esse se torna o grande desafio das instituições formadoras que é formar profissionais com práticas humanizadas e éticas.

Na formação profissional em saúde, conhecimentos e habilidades são facilmente ensinados e aprendidos. Mais difícil é desenvolver atitudes pautadas na ética (BURGATTI, 2013). O comportamento moral é intrínseco cabendo a cada um o amadurecimento pessoal e buscando sempre procurar fazer o correto em prol de outrem, um dos princípios da bioética é o da não maleficência que é o de não fazer algo ou ação que vá ocasionar danos ou lesar outro semelhante, é preciso formar profissionais, que tenham humildade de querer aprender, e que não tenha medo de dizer que não sabe de algo quando este lhe for colocado, isso faz parte de um profissional ético, não somos obrigados a saber de tudo mais devemos como forma de respeito à integridade do outro de executar somente aquilo que dominamos de forma madura consciente e esclarecida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar através das experiências vivenciada pelos acadêmicos em campo de estágio supervisionado, que é um momento importante, do qual irá proporcionar para eles momentos de descobertas e de reflexão quanto a teoria e a sua desenvoltura na realização dos procedimentos, vale ressaltar que foram impostas preocupações com o sentimento das mulheres que foram avaliadas por eles, o que torna importante esse tipo de conduta e sentimento relatado, para a construção de profissionais com visão holística e humanizados em seu atendimento quando estiverem exercendo a profissão.

Consideramos que o preceptor foi colocado como um componente importante para que os acadêmicos viessem a desenvolver sua prática. A comunicação dos

preceptores em campo de estágio com os acadêmicos torna-se, portanto, a base do processo de ensino e sofre influências da vivência diária de cada um de seus protagonistas. É imprescindível que o preceptor valorize o diálogo, a troca, a relação interpessoal, acreditando que é possível aprender pelo mecanismo da conversa e discussão proporcionando assim troca de ideias de seus aprendizes.

Este estudo não teve a intenção de esgotar o assunto pela sua complexidade que é trabalhar com a visão e sentimentos que vem do outro e que está em constantes transformações. Pretende-se que os resultados contribuam para o conhecimento dos sentimentos dos acadêmicos de enfermagem na realização do exame citopatológico em seus primeiros contatos com a paciente e a prática; permite ainda realizar modificações ou aprimorar conhecimento e condutas, minimizando as consequências negativas e favorecer maiores experiências positivas, tornando o acadêmico mais confiante, satisfeito realizado, sentindo-se útil envolvido e sentindo-se responsável com a futura profissão.

Consideramos que seja essencial buscar para o ensino da enfermagem ainda em sala de aula, preparar o acadêmico para as questões sociais, culturais, morais, e éticas que serão vivenciadas na realidade em estágio supervisionado, procurando associar conteúdo juntamente com procedimentos, mas sabendo dissociar algumas particularidades, é certo que por muitas vezes ele irá se deparar com situações que irá requerer uma postura precisa, onde ele terá que improvisar em prol do seu paciente.

É importante que os acadêmicos pensem na realidade de maneira crítica, buscando ações que possibilitem modificações. E assim observar a realidade, buscando definir os problemas levantar hipóteses e seus determinantes, elaborando planejando e analisando até que possa chegar a um resultado, ou seja, uma nova ação. Esse é um processo constante, pois permite a todos que deles participem um contínuo e progressivo desvelamento da realidade, voltada na transformação de ações em prol do bem de outrem. Já da parte dos acadêmicos observamos atitude ativa em busca do saber com extração de informações do ambiente, integradas a outras armazenadas em sua memória, requerendo sempre o auxílio de seu professor.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. Estimativas de população para o Brasil em 2003. Brasília Ministério da Saúde; Datasus,2003.
2. Ministério da Saúde. Assistência integral a saúde da mulher, bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
3. Fernandes JV et al .Conhecimentos, atitudes e práticas do exame Papanicolau para mulheres do nordeste do Brasil. Revista Saúde Pública, v43,851 – 8, 2009.
5. Terra MG et al. Sensibilidade nas relações entre ensinar e aprender a ser e fazer Enfermagem. Ver Latino-Am Enfermagem 18(2): [08 telas] mar-abr 2010.

6. Rodrigues MTP, Sobrinho JACM. Enfermeiro professor um diálogo com a formação pedagógica. *Rev Bras Enferm* [internet] 2007; 60 (4) [acesso em junho de 2014]. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/26700026021>.
7. Freire P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* São Paulo: Paz e Terra, 1996.
8. Kaiser DL, Serbim AK. Diretrizes curriculares nacionais: percepções de acadêmicos sobre sua formação em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS) 2009 dez; 30(4): 633-40.
9. Silva KL, Sena, RS. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm. USP*, 2008; 42(1): 48-56.
10. Brevidelli MM, Sertório SCM. *TCC – Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*; -- 4. Ed atual. E ampl. – São Paulo: Iátria, 2010.
11. Conselho Nacional de Saúde ( Brasil). Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 mar 11]. Disponível <http://www.conselho.saude.gov.br/web/comissões/conep/index.html>. Acesso em 06. Junho. 2014. [links].
12. Heidegger M. *Ser e tempo (parte I)*. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 15 ed. Petrópolis vozes, 2005.
13. Merrighi MAB, Bonadio, IC. A vivência de alunos de graduação em enfermagem na assistência à saúde da mulher em uma comunidade de baixa renda- uma abordagem fenomenológica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.32, n.2, p.109-16, ago.1998.
14. Lima KYN, Monteiro AL, Santos ABD et al. Humanização e acolhimento na concepção e prática dos alunos de enfermagem. *J. res.: fundam. Care. Online* 2014. Abr – Jun, v6, nº2, p735. ISSN 2175-5361.
15. Silva RN, Silva ICM, Ravalia RA. Ensino de enfermagem: reflexões sobre o estágio curricular supervisionado. Ver. *Práxis*. Ano I nº 1- janeiro 2009.
16. Braga EM, Bosquetti LS. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2008; 42 (4): 690-6.
17. Godoy CB. O curso de enfermagem da universidade estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. Ver *Latino Am Enfermagem* 2002 julho- agosto; 10(4):596-603.
18. Scherer ZAP, Scherer EA, Carvalho AMP. Reflexões sobre o ensino da Enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. Ver *Latino Am Enfermagem* 2006 março- abril; 14(2):285-91.
19. Burgatti JC, et al. Problemas éticos vivenciados no estágio curricular supervisionado em enfermagem de um currículo integrado. Ver *Esc Enferm. USP*, 2013; 47(4): 937-42.

## CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA A CRIANÇAS COM CARDIOPATIA CONGÊNITA

### **Rebeka Maria de Oliveira Belo**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife – Pernambuco

### **Monique Oliveira do Nascimento**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

### **Andrey Vieira de Queiroga**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

### **Hirla Vanessa Soares de Araújo**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

### **Tamyres Millena Ferreira**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

### **Mayara Inácio de Oliveira**

Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de  
Pernambuco - Prof. Luiz Tavares  
Recife – Pernambuco

### **Gabriela Freire de Almeida Vitorino**

Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de  
Pernambuco - Prof. Luiz Tavares  
Recife – Pernambuco

### **Karyne Kirley Negromonte Gonçalves**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

### **Thaisa Remigio Figueirêdo**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

### **Simone Maria Muniz da Silva Bezerra**

Programa Associado de Pós-graduação em  
Enfermagem UPE/UEPB (PAPGEnf)  
Recife - Pernambuco

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi descrever o conhecimento dos cuidadores sobre a assistência aplicada a crianças com cardiopatias congênitas no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com 117 cuidadores no período de julho a novembro de 2015. Os dados foram coletados por meio de um formulário elaborado pelos pesquisadores. A análise foi realizada pelo *Software* estatístico SPSS versão 20.0. Encontrou-se associação significativa entre o tempo de internamento e o conhecimento sobre o jejum ( $p=0,023$ ), estado civil com a manutenção de uma posição prolongada no pós operatório ( $p=0,021$ ), a limpeza da incisão cirúrgica com os cuidadores com mais de 3 filhos ( $p=0,003$ ). Identificamos a importância da enfermagem nas ações de educação em saúde a fim de fornecer conhecimento e trocar informações com os cuidadores visando assim, melhorar a qualidade

de vida, a diminuição nas reinternações e complicações pós-operatórias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cardiopatias Congênitas; Conhecimento; Cuidados Pré-operatórios; Cuidados Pós-Operatórios; Enfermagem.

## KNOWLEDGE OF POST-OPERATIVE CAREGIVERS OF CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE

**ABSTRACT:** The aim of this study was to describe caregivers' knowledge about the care provided to children with congenital heart disease before and after cardiac surgery. Quantitative, descriptive and cross-sectional study conducted with 117 caregivers from July to November 2015. Data were collected through a form prepared by the researchers; the analysis was performed using the SPSS statistical software version 20.0. Significant association was found between length of stay and knowledge about fasting ( $p = 0.023$ ), marital status with maintenance of a prolonged postoperative position ( $p = 0.021$ ), cleaning of the surgical incision with caregivers with more of 3 children ( $p = 0.003$ ). We identified the importance of nursing in health education actions in order to provide knowledge and exchange information with caregivers in order to improve quality of life, decrease in readmissions and postoperative complications.

**KEYWORDS:** Congenital; Knowledge; Preoperative Care; Postoperative Care; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

As Cardiopatias Congênitas (CC) são anomalias resultantes de defeitos anatômicos, funcionais ou mistos, advindos de um desenvolvimento inadequado durante a vida fetal, comprometendo assim o coração ou vasos que fazem parte da rede circulatória normal, por isso, devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, uma vez que constituem risco importante de óbito (ROSA et al. 2013; AHA, 2015; ALMEIDA; NETO, 2015).

Dentre as malformações congênitas encontradas em crianças, as doenças do aparelho cardiovascular estão entre os principais diagnósticos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2000 a 2015, foram responsáveis por aproximadamente 8% das mortes no período pós-natal, no mundo. Na Europa, entre os anos de 2010 e 2014, a prevalência foi de 248,6 casos por 10000 nascimentos com um percentual de 25% das mortes em menores de uma ano (WHO, 2016; EUROCAT, 2017).

As CCs apresentam etiologia complexa, ao considerar que 90% destas possuem causas ainda pouco elucidadas, associadas aos fatores ambientais e genéticos como por exemplo, o hipotireoidismo e a diabetes mellitus tipo I. A idade materna elevada também parece ser um fator associado, fato que aumenta o risco de desenvolvimento da Síndrome de Down e colabora ainda mais para as doenças congênitas (PICARZO et al. 2018).

Um diagnóstico tardio, traz consigo consequências no que diz respeito a gravidade da doença. Recomenda-se que o diagnóstico seja realizado antes da manifestação dos sintomas clínicos, os quais podem preceder o colapso circulatório e consequentemente a morte do recém nascido (LUNA et al. 2018).

Os avanços tecnológicos e o aprimoramento do conhecimento científico têm resultado em aumento da sobrevida dessas crianças. A melhoria dos aparelhos de ultrassonografia nas duas últimas décadas permitiu o diagnóstico precoce através da análise morfológica fetal, da ecocardiografia, porém, faz-se necessário melhorar o uso das técnicas diagnósticas no sistema de saúde pública (LUNA et al. 2018; RAJIAH et al. 2011).

Após o estabelecimento do diagnóstico da cardiopatia ocorre modificação na rotina diária e nos sentimentos vivenciados pelos pais e cuidadores dessas crianças. A hospitalização frequente reforça a importância da adequada aproximação e estabelecimento de vínculo do enfermeiro com os cuidadores das crianças com CC no momento inicial da internação, a partir da recepção e orientação quanto à rotina hospitalar e procedimentos que serão realizados, permitindo a redução do estresse e propiciando maior segurança no acompanhamento e em relação à equipe multidisciplinar (MELLO; RODRIGUES, 2008).

Por conseguinte, durante o período de internação hospitalar o enfermeiro deverá identificar as necessidades individuais das crianças, a fim de planejar a assistência de enfermagem, minimizar os efeitos adversos da hospitalização e contribuir para o êxito do tratamento durante a internação e após a alta hospitalar.

Para o acompanhamento e recuperação da criança no ambiente domiciliar, é de fundamental importância que o cuidador esteja ciente do seu papel e para isso necessita ter conhecimentos básicos acerca dos cuidados contributivos para a saúde da criança. O cuidador como parte essencial desse processo, garante a continuidade da assistência pelo seguimento das orientações fornecidas pela equipe, atitude que aumenta as chances de sucesso no tratamento clínico e cirúrgico (MURAKAMI; CAMPOS, 2008).

A problematização desta pesquisa partiu da percepção de que entre a população do estudo era predominante um saber empírico sobre os cuidados no pré e pós-operatório das cirurgias de CC e que, por este motivo, frequentemente não tinham entendimento sobre determinados fenômenos, repercussões e cuidados peculiares necessários às crianças com CC.

Nessa perspectiva, torna-se pertinente compreender o nível de conhecimento dos cuidadores sobre a assistência à criança com cardiopatias congênitas a fim de fornecer subsídios para a elaboração de estratégias de educação em saúde, com enfoque nos aspectos mais desconhecidos pelos cuidadores, de modo a viabilizar a continuidade de uma assistência adequada após a alta hospitalar. A presente pesquisa teve como objetivo, descrever o conhecimento dos cuidadores sobre a assistência aplicada a crianças com cardiopatias congênitas no pré e pós-operatório de cirurgia

cardíaca.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo, realizado em um centro de referência Norte-Nordeste no atendimento de doenças do aparelho cardiovascular. Seu desenvolvimento foi integrado ao projeto de pesquisa intitulado “Intervenção educativa como estratégia para redução da ansiedade dos cuidadores/responsáveis de crianças com cardiopatia congênita”.

Participaram do estudo os cuidadores de crianças com cardiopatia congênita, internadas na enfermaria pediátrica do centro de referência supracitado para realização de abordagem terapêutica. A amostra foi do tipo não probabilística, por conveniência, obtida no período de julho a novembro de 2015, sendo composta por 117 cuidadores.

Para compor a amostra, os critérios de inclusão definidos foram: participação dos pais e/ou do cuidador no acompanhamento hospitalar da criança no período pré-operatório e ser maior de 18 anos. Cabe destacar que neste estudo foi utilizado o conceito de criança adotado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera nessa fase da vida indivíduos com até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 2010). Portanto somente foram incluídos os pais ou cuidadores de indivíduos menores de doze anos.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão cuidadores de crianças com cardiopatias adquiridas e os que apresentassem comprometimento cognitivo ou visual que dificultassem o compreender do questionário. Manteve-se o controle semanal do número de crianças internadas na enfermaria pediátrica e também o acesso ao prontuário, ferramenta de fundamental importância para classificar os pacientes aptos a participar da pesquisa e para extrair informações úteis à sua consecução.

A coleta de dados ocorreu a partir de uma entrevista guiada por formulário próprio contendo variáveis sociodemográfico, e perguntas em relação ao diagnóstico, motivo da internação hospitalar, apoio familiar, possíveis dificuldades para cuidar das crianças e cuidados no pré e pós-operatório da cirurgia cardíaca.

Os dados foram armazenados e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0. Foram realizadas análises descritivas de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, realizou-se análises de posição, como média e mediana, e de dispersão, como o desvio-padrão. O teste do qui-quadrado, foi aplicado com a finalidade de estudar a associação entre duas variáveis, sempre considerando a significância estatística para  $p < 0,05$ .

A pesquisa seguiu as normas da Resolução nº 510, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Osvaldo Cruz/Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco, com o Certificado de Apresentação para Apreciação

### 3 | RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos cuidadores das crianças com cardiopatias congênitas correspondeu à maioria do sexo feminino (91,5%), com idade média de 32,4 anos ( $\pm 11$ ). Com relação à raça autodeclarada, 52,1% eram afrodescendentes e 47,9% de raça branca. Na variável estado civil, 52,1% eram solteiros e 47,9% declararam ser casados ou em união consensual. No que diz respeito ao nível de instrução, 53,8% tinham até 9 anos de estudo e somente 8,5% cursaram o nível superior, com mais de 12 anos de estudos.

No tocante ao vínculo empregatício, a maioria (60,7%) não tinha atividade laboral, 22,5% referiram emprego formal e 16,2% exerciam atividade autônoma. Em relação à procedência, 19,7% eram da cidade do Recife, 45,3% de outras cidades do estado de Pernambuco e 35% eram procedentes de outros estados do país. A renda familiar dos participantes do estudo foi maior do que dois salários mínimos em 61,7% da amostra, enquanto que, 39,3% tinham renda de até um salário mínimo. Por fim, no que diz respeito ao número de filhos, 76,1% dos cuidadores tinham entre até 3 filhos, enquanto que 23,9% tinham 4 ou mais filhos.

Os cuidadores foram questionados em relação ao período do diagnóstico e ao tipo de cardiopatia, a partir disso, identificou-se que somente 7,7% tomaram conhecimento do diagnóstico de CC no pré-natal e que a maioria da amostra (60,7%) soube informar o tipo de cardiopatia da criança. Dentre todas as CC, as mais frequentes foram a comunicação interventricular (30,8%), tetralogia de Fallot (13,7%), comunicação interatrial (11,1%) e defeito do septo atrioventricular (11,1%). As mesmas foram categorizadas em acianogênicas e cianogênicas, estando 60,7% das crianças na primeira categoria e 39,3% na segunda.

Os principais motivos referidos para a internação hospitalar foram o sopro cardíaco (33,3%), a dispnéia (23,9%) e a realização cirúrgica (13,7%). Um percentual expressivo dos participantes (46,2%) relatou sentir-se só para a execução dos cuidados com a criança (Tabela 1).

Variáveis	N	%
<b>Período do diagnóstico</b>		
Do pré-natal até o nascimento	9	7,7
Após o nascimento até um ano de vida	87	74,4
Após um ano de vida	21	17,9
<b>Sabe o tipo de cardiopatia da criança</b>		
Sim	39	33,3

Não	28	23,9
<b>Motivo da internação hospitalar atual</b>		
Sopro cardíaco	44	37,6
Dispneia	39	33,3
Realização da cirurgia eletiva	16	13,7
Deformidade de estrutura torácica	11	9,4
Cianose	10	8,5
Dificuldade de ganhar peso	5	4,3
Taquicardia	4	3,4
Bradicardia	3	2,6
Inapetência	1	0,9
<b>Sente-se só no cuidado da criança</b>		
Sim	54	46,2
Não	63	53,8
<b>Apresenta alguma dificuldade para cuidar da criança</b>		
Sim	26	22,2
Não	91	77,8
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

Tabela 1– Conhecimento dos cuidadores acerca da doença e apoio familiar. Recife (PE), Brasil, 2015.

Na figura 1 estão elucidadas a frequência das respostas referidas pelos cuidadores sobre os cuidados necessários no pré-operatório da criança com CC.

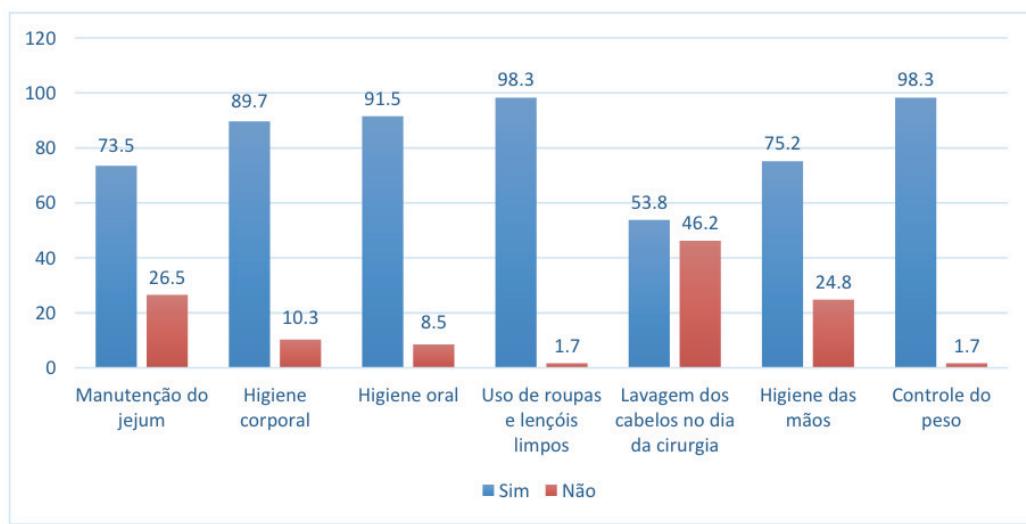


Figura 1. Conhecimento dos cuidadores acerca dos cuidados com as crianças no pré-operatório de cirurgia cardíaca, Recife (PE), Brasil, 2015.

No pós-operatório existem cuidados fundamentais que devem ser tomados com a finalidade de evitar principalmente as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC). A investigação dos cuidados com a ferida operatória e o curativo evidenciou desconhecimento por

82,9% dos participantes da necessidade de troca de curativo somente enquanto a ferida operatória drenar secreção. Além da falta de conhecimento da troca somente uma vez ao dia (59,8%) e da relevância da não utilização de pomadas não prescritas na ferida operatória (47%) (tabela 2).

Variáveis	N	%
<b>Trocá o curativo somente enquanto sair secreção</b>		
Sim	20	17,1
Não	97	82,9
<b>Trocá apenas uma vez ao dia</b>		
Sim	47	40,2
Não	70	59,8
<b>Lavar a ferida operatória com sabão amarelo</b>		
Não é importante	34	29,1
Pouco Importante	44	37,6
Importante	39	33,3
<b>Lavar a ferida operatória com sabão neutro</b>		
Não é importante	61	52,1
Pouco importante	50	42,7
Importante	6	5,1
<b>Utilizar pomada não prescrita</b>		
Não é importante	62	53
Pouco importante	39	33,3
Importante	16	13,7
<b>Manter a ferida seca</b>		
Não é importante	22	18,8
Pouco importante	57	48,7
Importante	38	32,5
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

Tabela 2 – Conhecimento dos cuidadores sobre os cuidados com a ferida operatória - Recife (PE) - Brasil, 2015

Os cuidadores também foram indagados sobre os cuidados gerais no pós-operatório voltado às crianças submetidas a cirurgias cardíacas (Figura 2).

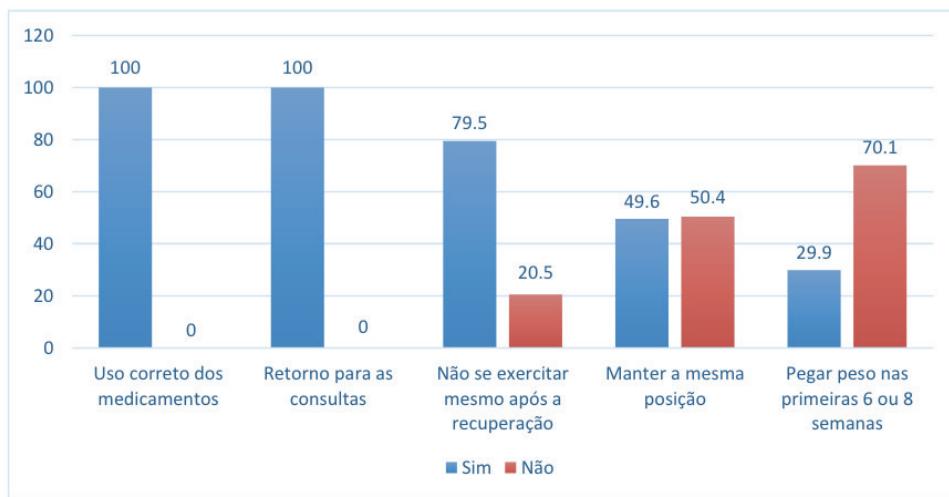


Figura 2. Distribuição dos participantes do estudo de acordo com os conhecimentos sobre os cuidados após a alta hospitalar. Recife (PE), Brasil, 2015.

Para análise estatística pelo teste de Qui-quadrado, algumas variáveis sobre os cuidados no pós-operatório foram dicotomizadas. Foram elas: lavagem da ferida operatória com sabão amarelo e com sabão neutro, utilização de pomada não prescrita na ferida operatória e manutenção da ferida seca. As associações estatisticamente relevantes são descritas nas tabelas 3 e 4.

Variáveis	Tempo de internamento		N	p*	
			Jejum		0,023
			Sim	Não	
		≤ 2 dias	53	26	
		> 2 dias	33	5	

Tabela 3– Análise das variáveis associadas aos cuidados no pré-operatório de cirurgia de cardiopatia congênita. Recife (PE), Brasil, 2015.

Variáveis	União conjugal	Número de filhos	n	p*	n	P*	N	p*			
			Sabão amarelo para limpeza da FO		Manter mesma posição		Pegar peso				
			Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não			
	Sim	≤ 3	44	12	0,082	34	22	0,021	22	34	0,034
			39	22		24	37		13	38	
	Não	≥ 3	57	32	0,003	42	47	0,358	27	62	0,859
			26	2		16	12		8	20	

Tabela 4– Análise das variáveis associadas aos cuidados no pós-operatório de cirurgia de cardiopatia congênita. Recife (PE), Brasil, 2015.

## 4 | DISCUSSÃO

Desde a década de 1980 tem sido crescente a opção pela cirurgia cardíaca como modalidade principal de tratamento das CC. Sempre que possível, o procedimento cirúrgico busca a correção definitiva, o controle dos sintomas e a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e, consequentemente, da família JATENE, 2002; LISBOA et al., 2010).

Cirurgias cardíacas em crianças determinam aos cuidadores, sejam pais, outros familiares ou profissionais contratados, não somente preocupação, mas grande responsabilidade nos cuidados essenciais durante o período perioperatório. Dessa forma, o plano de cuidados deve envolver aspectos no que tange a adaptação a patologia, educação familiar, desenvolvimento e orientação em relação aos cuidados no ambiente intra-hospitalar até o domicílio (DAMAS; RAMOS; REZENDE, 2009)

Os resultados do estudo revelaram que dos 117 participantes, a maioria era do sexo feminino, com média de 32 anos, baixa escolaridade, sem atividade laboral e com renda mensal superior a 2 salários mínimos (61,7%). O elevado percentual de cuidadores do sexo feminino (91,9%) segue o perfil de outros estudos o que reforça a crença de que a mulher é a principal cuidadora da família (SANTOS-ORLANDI et al. 2017; MOREIRA et al. 2018).

Adicionalmente, ante a delicadeza e responsabilidade do cuidar de uma criança submetida à cirurgia cardíaca, é compreensível que as cuidadoras exerçam predominantemente atividade do lar, não possuindo vínculo empregatício, este, também foi evidenciado no estudo de MOREIRA e colaboradores (2018), cujo percentual de desempregados foi de 68,3% dos cuidadores (MOREIRA et al. 2018).

Em relação à faixa etária, resultado semelhante também foi encontrado por Marten e colaboradores (2012), onde a idade média dos cuidadores foi de 35 no sexo feminino, sendo este predominante e 38 no masculino (MARTEN et al. 2012).

No tocante à escolaridade, os resultados convergem com uma pesquisa realizada com cuidadores (OJEDA et al. 2012). Esses resultados condizem com as dificuldades de acesso à educação, ainda vivenciadas por grande parte da população do nordeste brasileiro, e que compõem os determinantes sociais de saúde, o que pode interferir na qualidade da assistência, tendo em vista a necessidade de instruções básicas para o seguimento do processo terapêutico (MOREIRA et al. 2018; MARTEN et al. 2012; OJEDA et al. 2012; ROCHA, 2012). Também vale destacar que o acesso à educação básica e superior torna-se cada vez mais frágil e descontínuo fora das capitais e regiões metropolitanas, locais onde um percentual significativo da amostra residia.

Quando questionados sobre o motivo de internação hospitalar e o diagnóstico, os resultados evidenciaram que o sopro cardíaco foi o principal sintoma apresentado. Este, corresponde ao motivo de derivação mais frequente na pediatria, no contexto da atenção primária ou cardiologia pediátrica, corroborando com o presente estudo (RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ et al. 2018). Todos os sintomas apresentados podem ser

encontrados nas CC mais frequentes, como a comunicação interventricular, seguida por comunicação interatrial e persistência do canal arterial (A MBAYE et al.2017), as quais também foram encontradas na presente pesquisa.

No estudo realizado por Picarzo, González, Zamalloa e Marcos em 2018, a média do tempo de diagnóstico foi de 36,2 (DP  $\pm$  75,3) dias, com 68,3% sendo diagnosticado nos 10 primeiros dias de vida, de forma convergente com os achados do presente estudo, onde 74,4% foram diagnosticados até o primeiro ano de vida (PICARZO et al. 2018).

Presume-se que o diagnóstico de CC no pré-natal somente em 7,7% deva-se às limitações tecnológicas para o diagnóstico de CC não estruturais, além da dificuldade de acesso ao exame de ecocardiografia fetal no sistema público de saúde. Na Espanha, no período de 2007 a 2014, por meio dos registros populacional, foi encontrado um percentual de 21,3%, similar ao valor Europeu, que foi de 25,5% (PICARZO et al. 2018).

A prevalência de diagnóstico no primeiro ano de vida é justificada pela manifestação clínica da CC, com destaque no período lactente, no qual aparecem os primeiros sintomas relacionados ao *shunt*, característica de cardiopatias. Esse fato, dificulta o manejo da enfermidade e planejamento do tratamento, associando assim, a um aumento da morbimortalidade (A MBAYE et al.2017). Esses dados reforçam o déficit no diagnóstico precoce ainda intraútero.

Mas recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Portaria SCTIE/MS nº 20, de 10 de junho de 2014, que tornou pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso de forma universal como parte da Triagem Neonatal, também chamado de Teste do coraçãozinho, na Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2018).

A realização do referido teste é recomendada entre 24 e 48 horas de vida, em recém-nascidos com idade gestacional superior a 34 semanas. O profissional de enfermagem habilitado é mencionado como um dos profissionais sugeridos para a execução do teste, exercendo um papel fundamental na avaliação clínica do neonato e, portanto, na identificação de achados clínicos que possam ser secundários à CC uma vez que, a cianose, apresenta-se após esse período recomendado (BRASIL, 2018).

Ressalta-se, ainda, que o prognóstico da criança, depende principalmente do tipo de cardiopatia e do estágio evolutivo da doença, sabendo que quanto mais breve o diagnóstico, mais precoce é a correção, aumentando a efetividade do procedimento (EUROCAT, 2017).

Considerando que o procedimento cirúrgico gera nos cuidadores uma ansiedade em relação ao curso do pós-operatório e dos resultados obtidos, o profissional de enfermagem na visita pré-operatória deve conhecer o binômio paciente-cuidador, além de prepará-lo de forma adequada, direcionando a orientação de forma clara e objetiva para os cuidados com a criança cardiopata durante a hospitalização e locais por onde a criança irá transitar (MONTEIRO et al. 2012).

As unidades de cirurgia cardíaca apresentam um cenário de inovação e cuidados especializados da equipe de enfermagem. Neste ambiente, os enfermeiros realizam tarefas de diferentes complexidades que podem interferir positivamente ou negativamente sobre os cuidados prestados aos pacientes (SANTOS et al. 2016). Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) organiza todo o processo de trabalho do enfermeiro, permitindo uma avaliação individualizada do paciente com a identificação de diagnósticos reais e de riscos (SILVA et al. 2017).

Na atenção ao paciente pré-cirúrgico, a equipe de enfermagem é responsável pelo seu preparo, estabelecendo e desenvolvendo diversas ações de cuidados especializados para atender as necessidades advindas do procedimento cirúrgico e condições, dessa forma a visita no pré-operatório, tem como finalidade orientar o paciente e sua família sobre rotinas e procedimentos a serem realizados (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

Dentre os cuidados no pré-operatório, o jejum, controle do peso, banho, e higiene foram mencionados pela maioria dos entrevistados. Contudo os cuidados básicos como a não lavagem dos cabelos no dia da cirurgia, manutenção do jejum e a higienização das mãos não eram de conhecimento em 53,8%, 26,50% e 24,80% dos cuidadores, respectivamente. Algumas dessas orientações, foram mencionadas por pacientes que receberam orientação da enfermagem durante o perioperatório de cirurgia cardíaca no estudo realizado por Coppetti, Stumm e Benetti em 2015 (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

Em relação ao banho, a sua não realização é considerado como fator de risco para infecção, três vezes mais alto em comparação aos que executaram esse procedimento (FRANCO; ERCOLE; MATTIA, 2015). A higiene corporal foi um dos cuidados mencionados pelos participantes, esse comportamento é positivo, uma vez que intervenções como essa, visam reduzir o número de microrganismos sobre a pele o que minimiza o risco de infecção (CASTELA et al., 2011; PEEL et al. 2011).

A finalidade do jejum está ligada a diminuição do risco e do grau de regurgitação do conteúdo gástrico, por isso é necessário esse cuidado anterior ao procedimento cirúrgico. A instituição pesquisada adota protocolo denominado de ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória), este, além de considerar a recomendação sobre jejum, estabelece rotinas pré-operatória, hidratação venosa, entre outros (GUALANDRO et al. 2011).

Em contra partida, embora a higienização das mãos tenha sido um cuidado considerado importante pela maioria da amostra, 24,8% não conhece sobre sua importância. Sabe-se, que este procedimento é simples e vem sendo tratado como um dos temas prioritários no que se refere a prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

No pós-operatório, a presença do enfermeiro é indispensável no momento da admissão e durante o internamento uma vez que se faz necessário a monitorização

continua e execução de procedimentos de alta complexidade (SANTOS et al. 2016). Para tal, são necessários conhecimentos e habilidades técnicas e interpessoais que lhe permitam realizar o julgamento clínico afim de realizar diagnósticos e prescrever intervenções de enfermagem apropriadas como por exemplo, medidas preventivas incluindo avaliações contínuas da pele e uso de dispositivos de alívio de pressão.

O pós-operatório configura-se como um período crítico, para tal, necessita de ações rápidas e sincronizadas, tais como, instalação de ventilação mecânica, monitoração cardíaca, aquecimento do cliente, manutenção da integridade tecidual, prevenção e controle de infecção, lavagem de mãos, administração de medicamentos prescritos dentre outras ações (BARRETTA; AUDI; BARANCELLI, 2017).

As possíveis complicações provenientes da esternotomia aberta incluem a instabilidade esternal tardia, sangramento e sepse. Long e cols. relataram que a incidência de mediastinite foi de 1,4% em crianças submetidas à esternotomia mediana para correção de CC complexas (LONG et al. 2005).

No estudo de Steyer e colaboradores em 2014, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes submetido a cirurgia cardíaco foram: Dor aguda, risco de lesão por posicionamento perioperatório, integridade tissular prejudicada e risco de infecção (STEYER et al. 2016). O último, pode ser decorrente tanto do ato cirúrgico em si quanto dos procedimentos invasivos intra-hospitalares, ocupam a terceira posição dentre as infecções relacionadas a assistência a saúde e 14 a 16% das infecções encontradas em pacientes hospitalizados (TIVERON et al. 2012).

A infecção está associada a diferentes níveis de gravidade, indo desde o acometimento superficial da incisão até coleções intracavitárias, com maior risco de septicemia e reabordagem cirúrgica além de ser responsáveis pelo prolongamento do período de internação, pela maior necessidade de readmissão hospitalar ou admissão em uma unidade de terapia intensiva e por maiores índices de mortalidade.

Dessa maneira, é preocupante, no que tange aos cuidados com a incisão cirúrgica, boa parte dos cuidadores desconhecer que para uma boa cicatrização é necessária a troca do curativo apenas no período em que a ferida operatória drenar secreção e uma vez ao dia, a manutenção da ferida seca, a limpeza com sabão neutro, bem como a não utilização de pomadas não prescritas na incisão. Fatores como estes, relacionados à falta de conhecimento dos cuidadores, podem predispor as crianças a infecções locais, sistêmicas e outras complicações pós-cirúrgicas.

A aparente predileção por sabão amarelo ao sabão neutro para limpeza da ferida operatória, uma vez que mais de 70% dos cuidadores julgaram algum grau de importância na sua utilização, provavelmente deve-se ao seu baixo custo e por ser popularmente considerado como substância degermante.

Passado o pós-operatório, a alta hospitalar deve ser pensada ainda durante o internamento, fazendo-se necessário avaliar a necessidade de cada família e estado de saúde da criança, pois, este, corresponde ao momento em que o paciente e o cuidador necessitam de orientações efetivas quanto aos cuidados domiciliares,

como, por exemplo, evitar exercícios prolongados e atividades exageradas. Na cirurgia cardíaca após abertura do esterno e sutura com fios de aço, a consolidação óssea leva, em média, cerca de três meses para acontecer, devendo-se, portanto, evitar pegar peso (BRASIL, 2009), contrapondo o que foi referido por 29,90% dos cuidadores.

Outros cuidados após a alta hospitalar incluem utilizar as medicações conforme a orientação médica, realizar caminhadas para evitar complicações tromboembólicas e, após o banho, manter a ferida operatória sempre seca. Destaca-se ainda, a nutrição, prevenção da endocardite, retorno à escola, cuidados com a ferida operatória atentando para os sinais e sintomas de infecção e a necessidade de retorno para as consultas periódicas (PONTES, 2012).

No que diz respeito a análise estatística entre as variáveis sócio demográficas e clínicas com as relacionadas aos cuidados pré-operatórios da cirurgia de cardiopatia congênita, encontrou-se associação significativa entre o tempo de internamento e o conhecimento sobre o jejum ( $p=0,023$ ), evidenciando um maior conhecimento sobre a manutenção do jejum horas antes da cirurgia pelos cuidadores de crianças internadas por mais de 2 dias.

O estado civil foi outra variável que estabeleceu associação significativa com a manutenção de uma posição prolongada no pós operatório ( $p=0,021$ ), demonstrando que indivíduos solteiros estavam mais atentos ao cuidado de mudança de posição, possivelmente por não terem um companheiro que também demandasse cuidados de vida cotidiana, considerando que a maioria dos cuidadores foram do sexo feminino e que socialmente ainda é atribuído a mulher os cuidados para com todos os membros da família.

De forma semelhante, e possivelmente pelos mesmos fatores associados às relações de gênero, os participantes sem união conjugal tiveram mais conhecimento sobre o cuidado da criança não manipular peso nas primeiras 6 ou 8 semanas após a cirurgia.

Ainda no que se refere à limpeza da incisão cirúrgica com sabão amarelo, houve uma associação significativa desta, com os cuidadores com mais de 3 filhos ( $p=0,003$ ). Isso torna-se justificável ao considerar que um quantitativo maior de filhos, acaba por tornar a atenção dos cuidados com a criança, após a alta hospitalar da cirurgia cardíaca, tendo de ser dividida com as outras demandas de cuidados cotidiano com mais pessoas na família, especialmente com os filhos.

## 5 | CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou o déficit de conhecimentos dos cuidadores de crianças com CC, no que diz respeito aos cuidados mais básicos no pré e pós-operatório da cirurgia para correção da cardiopatia. Esses resultados colocam em

evidência que o desconhecimento do preparo operatório e das condutas básicas após a cirurgia pode interferir na data da realização da mesma, além de comprometer o sucesso cirúrgico bem como predispor os pacientes a ISC, a longa permanência hospitalar e aos riscos de complicações pós-operatória mais grave.

Sendo assim, no contexto das cirurgias de CC em crianças, é pertinente e necessário que o enfermeiro conheça o perfil dos cuidadores e seus respectivos níveis de conhecimento para a continuidade dos cuidados hospitalares no pós-operatório, tendo em vista que o prognóstico de algumas anomalias, em longo prazo é incerto, o cuidado à criança cardiopata e seus cuidadores é um constante desafio para a enfermagem e através da prática baseada em evidências, o enfermeiro comprehende e resolve problemas relacionados às necessidades do binômio criança-cuidador, de forma individualizada e contextualizada a partir de julgamentos clínicos.

Espera-se que os resultados do presente estudo não se restrinjam apenas ao âmbito profissional analisado, mas, que multipliquem-se e que sejam pulverizados em outros serviços de saúde, fornecendo assim uma maior quantidade e qualidade possível de subsídios para o empoderamento dos cuidadores acerca desses conhecimentos.

## REFERÊNCIAS

A MBAYE et al. Cardiopathies congénitales de l'adolescent et de l'adulte : prise en charge dans un service de cardiologie générale au Sénégal, **Annales de Cardiologie et d'Angéiologie**, Volume 66, Issue 4, 2017, Pages 217-222.

ALMEIDA TLVD, NETO CA. **Cardiopatias Congênitas. SCICVES - Sociedade de Cirurgia Cardiovascular do Estado de São Paulo.** Disponível em: [http://www.scicvesp.org.br/area\\_livre/dicas\\_cardiopatia\\_congenita.asp](http://www.scicvesp.org.br/area_livre/dicas_cardiopatia_congenita.asp). Acesso em:21/08/2014.

American Heart Association (AHA). [Internet]. **Online resources.** [updated 01/12/2015, cited 01/12/2015]. Available from: <HTTP://www.americanheart.org/>.

BARRETTA, Jeana Cristina et al. Pós-operatório em cirurgia cardíaca: refletindo sobre o cuidado de enfermagem Postoperative in cardiac surgery: reflecting about nursing care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.I.], v. 9, n. 1, p. 259-264, jan. 2017. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4042>>. Acesso em: 13 aug. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264>. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mão**s / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico].** – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação ; n. 83)

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Nota Técnica N° 7/2018 CGSCAM/DAPES/SAS/MS.** Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931-Nota-Tecnica.pdf>

CASTELA A, ARGENTERO PA, FARINA EC, CHARRIER L, DEL PREVER EM, ZOTTI CM, et al.

Incidence of surgical-site infections in orthopaedic surgery: a northern Italian experience. **Epidemiol Infect.** 2011;139(5):777-82.

COPPETTI, Larissa de Carli; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; BENETTI, Eliane Raquel Rieth. **Feedback from patients in the perioperative period of cardiac surgery on the guidance provided by the nursing team.** Rev Min Enferm. 2015 jan/mar; 19(1): 120-126DOI: 10.5935/1415-2762.20150010

DAMAS, Bruna Gabriela Bibancos; RAMOS, Carolina Aparecida; REZENDE, Magda Andrade. Necessidade de informação a pais de crianças portadoras de cardiopatia congênita. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 103-113, abr. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000100011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 ago. 2019.

EUROCAT. European Surveillance of congenital anomalies .**Perinatal Mortality Associated with Congenital Anomalies in EUROCAT Full Member Registries, 2008-2012, by Type of Anomaly.** [en línea]. 2017. [consultado 2 Jun 2019] Disponível en: <http://www.eurocat-network.eu/content/EUROCAT-Perinatal-Mortality-Table-1v.pdf>

EUROCAT. European Surveillance of congenital anomalies. **Prevalence Data Tables [en línea].** 2017. [consultado 18 Jul.2019]. Disponível en: [https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/konjenital\\_anomaliler/eurocat.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/konjenital_anomaliler/eurocat.pdf)

FRANCO, Lúcia Maciel; ERCOLE, Flávia Falci; MATTIA, Adelaide de. **Infecção cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgia ortopédica com implante.** Rev. Sobecc, São Paulo. jul./set. 2015; 20(3): 163-1. DOI: 10.5327/Z1414-4425201500030007

GUALANDRO DM, YU PC, CALDERARO D, MARQUES AC, PINHO C, CARAMELLI B, et al. II Diretriz de Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** 2011; 96(3 supl.1): 1-68.

JATENE, Marcelo Biscegli. **Tratamento cirúrgico das cardiopatias congênitas acianogênicas e cianogênicas.** Rev Soc Cardiol. 2002; 5:763-75.

LISBOA, Luiz Augusto F. et al . Evolução da cirurgia cardiovascular no Instituto do Coração: análise de 71.305 operações. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 94, n. 2, p. 174-181, Feb. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010000200006>.

LONG CB, SHAH SS, LAUTENBACH E, et al. **Mediastinitis pós-operatória em crianças: epidemiologia, microbiologia e fatores de risco para patógenos gram-negativos.** Pediatr Infect Dis J . 2005 ; 24 (4): 315 -319.

LUNA, Manuel Sánchez et al. Cribado de Cardiopatias congénitas críticas em el período neonatal. Recomendación de la Sociedad Española de Neonatología. **An Pediatr (Barc).** 2018;88:112.e1---112.e6.

MARTEN JP, WERNER BFB, N. JOB A. VAN EXEL, DICK TIBBOEL. Assessing health-related quality-of-life changes in informal caregivers: an evaluation in parents of children with major congenital anomalies. **Qual Life Res.**[internet] 2012 Jun [acesso em 2018 jun]; 21 (5): 849-861. doi: 10.1007/s11136-011-9991-7 .

MELLO DC, RODRIGUES BMRD. **O acompanhante de criança submetida à cirurgia cardíaca: contribuição para a enfermagem.** Esc Anna Nery. Rev. Enferm. 2008;12(2):23-42.

MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães et al. **Condutas de enfermagem à criança no pós-operatório de cirurgia cardíaca: análise das pesquisas.**Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 957-64, dez. 2012. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14763/13361>>. Acesso em: 30 jul. 2018. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v14i4.14763>.

MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo et al . Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 3, p. 1055-1062, May 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301055&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301055&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0100>.

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 2, p. 254-260, Apr. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200006>

OJEDA, Beatriz Sebben et al. **Características e conhecimento de cuidadores de crianças portadoras de asma**. Rev. Graduação. 2012; 5(1):116.

PEEL, TN et al. Risk factors for prosthetic hip and knee infections according to arthroplasty site. **J Hosp Infect**. 2011;79(2):129-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2011.06.001>

PICARZO, Javier Pérez- Lescure et al. Incidencia y evolución de las cardiopatías congénitas en España~ durante 10 años ~ (2003-2012). **An Pediatr (Barc)**. 2018;89:294-301.

PONTES, José Carlos Dorsa Vieira. Ministério da Educação. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **Protocolo Clínico do Serviço de Cirurgia Cardiovascular – HU-UFMS**. Campo Grande – Mato Grosso. 2012.

RAJIAH, Prabjakar et al. Ultrasound of Fetal Cardiac Anomalies. **American Journal of Roentgenology**. 2011;197: W747-W760. 10.2214/AJR.10.7287 Read More: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.10.7287>

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **Os determinantes sociais da saúde. Manual de saúde pública e saúde coletiva no Brasil**. Atheneu; 2012.

RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, Moisés et al. Soplo cardíaco em menores de 2 años: buscando uma estrategia de derivación eficiente y segura. **An.Pediatr (Barc)** [internet] 2018 [acesso em 2019 jul]; 89(5): 286-293. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.01.007>

ROSA, Rosana Cardoso M. et al. Cardiopatias congénitas e malformações extracardíacas. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 31, n. 2, p. 243-251, junho de 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822013000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200017&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 14 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200017>.

SANTOS, Ana Paula Azevedo et al. **Enfermeiros em cirurgia cardíaca pós-operatória: competências profissionais e estratégias de organização**. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2016 junho [citado em 2019 18 de julho]; 50 (3): 474-481. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000300474&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300474&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400014>.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al . Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, e20170013, 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000100213&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100213&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Aug. 2019. Epub Jan 16, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.

SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira et al. **Cuidados de enfermagem nas complicações no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio**. Rev baiana enferm. 2017;31(3):e20181.

STEYER, Nathalia Helene et al . Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para

pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 1, e5017, 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100401&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100401&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Aug. 2019. Epub Feb 26, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50170>.

TIVERON, Marcos Gradim et al . Fatores de risco pré-operatórios para mediastinite após cirurgia cardíaca: análise de 2768 pacientes. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, São José do Rio Preto , v. 27, n. 2, p. 203-210, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-76382012000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000200007&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20120035>.

WORLD HEATH ORGANIZATION – WHO. **MCEE – WHO Methods and data sources for child causes of death 2000-2015**. OMS [en línea]. 2016. [consultado 18 Jul 2019].

## CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADE DE PRONTO-SOCORRO

### **Caroline Zottele**

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira no Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail:

### **Juliana Dal Ongaro**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Angela Isabel dos Santos Dullius**

Odontóloga. Doutora em Odontologia. Professora Adjunto do Departamento de Estatística e Colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Tânia Solange Bosi de Souza Magnago**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria – Rio Grande do Sul, Brasil.

\* Artigo Extraído da Dissertação de Mestrado intitulada: Higienização das mãos: conhecimento e adesão de profissionais da saúde em unidade de pronto-socorro, apresentada na Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2016. Acesso em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7479>

**RESUMO:** a higiene das mãos continua sendo

uma precaução primordial e eficaz na redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Sabe-se que o conhecimento e o comportamento educacional são fatores que influenciam na adesão à higienização das mãos. Este estudo objetivou verificar os conhecimentos dos profissionais de saúde que atuam em unidade de pronto-socorro adulto a respeito das práticas de higienização das mãos. Trata-se de estudo transversal, realizado com 53 (76,8%) profissionais de saúde desenvolvido na Unidade de Pronto-Socorro de um Hospital Universitário, do Rio Grande do Sul. O conhecimento foi avaliado por meio do “Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde”, utilizando a estatística descritiva. Evidenciou-se proporção de acertos acima de 90% nas perguntas relacionadas a “Conceitos/via de transmissão”, a “Técnica/Produtos”, a “Técnica/Outros aspectos relacionados”, a “Transmissão ao paciente” e a “Transmissão ao profissional de saúde”. Proporções de acertos abaixo de 40% foram observadas nas perguntas relacionadas a “Conceitos/fonte de transmissão”, a “Adequação/momentos para higienização das mãos”, a “Transmissão ao paciente” e a “Transmissão ao profissional de saúde”. Evidenciou-se conhecimento restrito sobre os benefícios da utilização do álcool para a higienização das mãos. Ações de melhoria

poderão ser planejadas junto à equipe multiprofissional e gestores de forma a repercutir positivamente nas taxas de adesão à higiene de mãos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente; Infecção Hospitalar; Higiene das Mãos; Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência.

## HEALTH PROFESSIONALS KNOWLEDGE ON HAND HYGIENE IN FIREST AID UNIT

**ABSTRACT:** Hand hygiene remains a primary and effective precaution in reducing healthcare-related infections. Knowledge and educational behavior are known to influence adherence to hand hygiene. This study aimed to verify the knowledge of health professionals working in an adult emergency room regarding hand hygiene practices. This is a cross-sectional study conducted with 53 (76.8%) health professionals developed at the Emergency Room of a University Hospital in Rio Grande do Sul. Knowledge was assessed through the “Knowledge Test on hand hygiene for health professionals” using descriptive statistics. There was a proportion of correct answers above 90% in the questions related to “Concepts/transmission route”, “Technique/Products”, “Technique/Other related aspects”, “Transmission to the patient” and “Transmission to the health professional”. Proportions of correct answers below 40% were observed in the questions related to “Concepts/source of transmission”, “Adequacy/moments for hand hygiene”, “Transmission to patient” and “Transmission to health professional”. There was limited knowledge about the benefits of using alcohol for hand hygiene. Improvement actions may be planned with the multiprofessional team and managers in order to have a positive impact on adherence rates to HH.

**KEYWORDS:** Patient safety; Nosocomial infection; Hand hygiene; Nursing; Emergency Medical Services

### 1 | INTRODUÇÃO

Embora a comunidade científica esteja testemunhando avanços na compreensão da fisiopatologia das doenças infecciosas e na propagação da multirresistência microbiana, a Higiene das Mãos (HM) continua sendo uma precaução primordial e eficaz na redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Além disso, a prática de HM ainda é um desafio nos diferentes campos de prática assistencial e da pesquisa científica.

Sabe-se que o conhecimento e o comportamento educacional são fatores que influenciam na adesão à HM (DUNN-NAVARRA, 2011; BOYCE; PITTE, 2002). O conhecimento é apontado como um importante recurso dentro de uma organização, tornando as ações mais eficientes e eficazes, tanto no plano organizacional, como individual (DUNN-NAVARRA, 2011).

Ao longo dos anos, as instituições de saúde, respaldadas em estudos produzidos pela comunidade científica, legislações nacionais e internacionais, vêm desenvolvendo

mecanismos, metodologias, sistemas e processos clínicos para monitorar e mensurar à HM com vistas à redução das IRAS. Nesse sentido, faz-se necessário analisar o cenário de saúde e a assistência ao paciente com o intuito de identificar fatores relacionados à não adesão à HM e às IRAS, ou seja, que causam danos evitáveis ao paciente.

Nesse contexto, a obtenção de dados gerados no processo de assistência ao paciente é importante para o monitoramento dos índices de conhecimento e adesão às boas práticas assistências. Esses dados, podem auxiliar na detecção de lacunas de conhecimento e, consequentemente, de fragilidades nas barreiras de segurança do paciente. Assim, entre os desafios nos cenários de assistência à saúde, que buscam a segurança do paciente, está a monitoração de suas práticas assistenciais.

Estudos apontam lacunas importantes de conceitos básicos sobre HM, por exemplo momentos em que à HM previne a transmissão de microrganismos (PEREZ-PEREZ et al., 2015; SOUZA et al., 2018) e evidenciam baixa adesão à HM (SANTOS et al., 2014; ZOTTELE et al., 2017). Neste sentido, demonstram a importância de pesquisar cenários de assistência complexos e dinâmicos como Prontos Socorros Adultos, que podem ser considerados áreas críticas para a ocorrência de eventos adversos, pois associam fatores como a alta rotatividade de pacientes, superlotação, estresse e muitas vezes deficit de funcionários (ZOTTELE et al., 2017).

A partir do exposto, tem-se como questão de pesquisa: Os profissionais de saúde que atuam em unidade de pronto-socorro adulto (PSA) conhecem às práticas de HM? Para responder a este questionamento, objetivou-se verificar os conhecimentos dos profissionais de saúde que atuam em unidade de PSA a respeito das práticas de HM.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, desenvolvido na Unidade de Pronto-Socorro (PS) de um Hospital Universitário, do Rio Grande do Sul. A instituição, atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e extensão com vistas à assistência em saúde. O espaço físico do PS está dividido em adulto e pediátrico. O atendimento aos usuários acontece em 30 leitos, sendo 24 leitos destinados ao PSA e seis ao Pronto-Socorro Pediátrico (HUSM, 2015). Durante o ano de 2015, a unidade de PSA, realizou 3.357 internações, uma média de 43 pacientes/dia, média de permanência de 4,7 dias e com taxa de ocupação de 180,6% (HUSM, 2015).

O estudo foi realizado com os profissionais de saúde atuantes no PSA. Estimou-se uma população de 81 profissionais de saúde, sendo eles: 21 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, 16 médicos residentes e dois fisioterapeutas distribuídos nos diferentes turnos de trabalho. Os critérios de inclusão foram estar em atividade no PSA. Foram excluídos os profissionais que estivessem ausentes por motivos

relacionados a férias, licença para tratamento de saúde ou outro tipo de afastamento durante o período de coleta de dados.

O instrumento de pesquisa continha dois blocos. Bloco A: dados referentes a caracterização da população (sexo, idade, profissão, outra formação que não a exigida pelo cargo; exercer algum cargo de chefia; tempo de atuação na instituição; tempo de atuação na área/setor atual; turno de trabalho; ter outro emprego e realizar horas extras); e, Bloco B: questionário para avaliar o conhecimento sobre higienização das mãos intitulado “Teste de conhecimento a respeito da higienização das mãos para profissionais de saúde”, inserido na estratégia multimodal da Organização Mundial da Saúde (OMS) que visa promover boas práticas de HM (OPAS/ANVISA, 2008). Este é um instrumento autoaplicável, composto de 26 questões de múltipla escolha, com perguntas técnicas, classificadas em “certo e errado”, que avaliam o conhecimento técnico e científico sobre os aspectos essenciais da HM durante a assistência à saúde. Os resultados dele obtidos contribuem na identificação, priorização e implementação de ações para a melhoria da HM.

O Teste de conhecimento a respeito da HM não possui gabarito disponibilizado pela ANVISA. Então, para validar as respostas do mesmo, foram convidados dois médicos infectologistas que atuavam no Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (SCIH) da própria instituição. Esses médicos, de forma independente, responderam as questões, classificadas em “certo e errado”.

Após, o pesquisador analisou as respostas assinaladas nos questionários, classificou a tipologia das perguntas em “Conceitos/via de transmissão”, “Conceitos/fonte de transmissão”, “Tempo”, “Técnica/Produtos”, “Técnica/Outros aspectos relacionados”, “Adequação/momentos para HM”, “Transmissão ao Paciente”, “Transmissão ao Profissional de Saúde” e comparou com as respostas encontradas no artigo de Perez-Perez (PEREZ-PEREZ et al., 2015). Por último, o pesquisador reuniu os dois médicos infectologistas, para um consenso quanto às questões que apresentavam respostas diferentes.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2015, após aprovação favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 40396215.4.0000.5346, em 17 de janeiro de 2015. Salienta-se que a presente pesquisa atendeu todos preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Os profissionais de saúde foram contatados em seus locais de trabalho e convidados a participar da pesquisa. Na oportunidade, também foram apresentados os objetivos do estudo, realizados os esclarecimentos sobre como a pesquisa iria ser desenvolvida e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com posterior assinatura em duas vias. A coleta dos dados foi realizada por um único profissional treinado, a fim de evitar possíveis vieses. Ele permanecia no local e, se necessário, respondia a alguma dúvida dos participantes.

Para a organização dos dados foi utilizado o programa Epi-info® (versão 6.4), com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências na

digitação, a análise dos dados foi realizada no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago, USA) 18.0 for Windows.

As variáveis qualitativas foram analisadas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). Já as variáveis quantitativas foram avaliadas por meio da estatística descritiva, sendo utilizados a média e desvio padrão, já que os dados apresentavam distribuição normal.

### 3 | RESULTADOS

Do total da população estimada (N=81), 12 (14,8%) participantes foram excluídos do estudo por motivos relacionados a férias, licença para tratamento de saúde ou outro tipo de afastamento. Assim, da população elegível (N=69), 53 (76,8%) responderam ao questionário de conhecimento sobre HM. As perdas resultaram de recusa à participação ou questionário não respondido na íntegra.

Na Tabela 1, estão descritas as características sociodemográficas e laborais dos participantes.

Variáveis	Total	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	19	35,8
Feminino	34	64,2
<b>Outra Formação*</b>		
Sim	20	38,5
Não	32	61,5
<b>Exerce Chefia</b>		
Sim	-	-
Não	53	100,0
<b>Turno de Trabalho</b>		
Manhã	12	22,6
Tarde	14	26,4
Noite	15	28,4
Misto	12	22,6
<b>Outro Emprego</b>		
Sim	9	17,0
Não	44	83,0
<b>Horas extras</b>		
Sim	7	13,2
Não	46	86,8

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde, segundo as variáveis demográficas e laborais. Santa Maria/RS, 2015 (N=53)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Houve uma predominância de profissionais do sexo feminino (N=34; 64,2%), que não possuíam outra formação (N=32; 61,5%), e não exerciam cargo de chefia (N=53; 100,0%). Evidenciou-se proporção equilibrada de trabalhadores nos diferentes turnos de trabalho; em maior percentual não possuíam outro vínculo empregatício (N=44; 83,0%) e não faziam horas extras (N=46; 86,8%).

Dos profissionais que referiram possuir outra formação (N=20; 38,5%), destaca-se a pós-graduação (N=10; 58,8%). A pós-graduação, *lato sensu* ou *stricto sensu*, não foi categorizada neste estudo. Na Tabela 2, explicitam-se as medidas descritivas relacionadas às variáveis idade, tempo na instituição, na unidade e conclusão do curso.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Idade (anos)</b>	35,3	6,4	33,5	26	49
<b>Tempo na Instituição (meses)</b>	24,1	44,5	8,0	2	156
<b>Tempo na Unidade (meses)</b>	23,1	41,4	7,0	1	156
<b>Tempo de conclusão do curso (anos)</b>	8,9	5,8	8,5	1	24

Tabela 2 – Medidas descritivas de acordo com a idade, tempo na instituição, na unidade e de conclusão do curso de graduação. Santa Maria/RS, 2015 (N=53)

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os dados evidenciam predominância de uma população jovem em idade (35,37;  $\pm 6,4$ ) e atuante há pouco tempo no PSA (23,1;  $\pm 44,5$ ).

A Tabela 3 apresenta as frequências absoluta e relativa, relacionadas às respostas obtidas no “Teste de Conhecimento sobre HM”.

Tipologia das perguntas*	Perguntas (respostas corretas)	Nº da questão (Q)	N	Resposta correta (%)
Conceitos/via de transmissão	<i>Qual é a principal rota de transmissão cruzada de microrganismos potencialmente patogênicos entre pacientes em serviços de saúde? (Mãos do profissional de saúde quando não higienizadas)</i>	Q16	53	51 (96,2%)
Conceitos/ fonte de transmissão	<i>Qual é a fonte de microrganismos mais frequente responsável pelas IRAS? (Microrganismos já presentes no paciente ou nas proximidades dele)</i>	Q17	52	21 (40,4%)
Tempo	<i>Qual é o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos nas suas mãos? (20 segundos)</i>	Q18	53	25 (47,2%)
Técnica/ Produtos	<p><i>Quais das seguintes afirmações sobre técnicas de higienização das mãos com preparação alcoólica são verdadeiras?</i></p> <p>a. A preparação alcoólica deve cobrir todas as superfícies de ambas as mãos (Verdadeiro)</p> <p>b. As mãos têm de estar secas antes do uso (Verdadeiro)</p> <p>c. Pode-se secar as mãos com papel toalha após fricção das mãos com preparação alcoólica (Falso)</p>	Q19a Q19b Q19c	53 51 52	52 (98,1%) 42 (82,4%) 44 (84,6%)

	<i>Quais dos seguintes itens devem ser evitados por estarem associados à possibilidade de colonização das mãos?</i>			
Técnica/Outros aspectos relacionados	a. Uso de Joias (Sim)	Q20a	53	52 (98,1%)
	b. Pele danificada (Sim)	Q20b	51	41 (80,4%)
	c. Unhas artificiais/postiças (Sim)	Q20c	53	51 (96,2%)
	d. Uso regular de um creme para as mãos (Não)	Q20d	51	28 (52,8%)
	<i>Que tipo de higienização das mãos é necessário nas seguintes situações?</i>			
	a. Antes de escrever no prontuário do paciente (Fricção álcool)	Q21a	53	24 (45,3%)
	b. Antes de contato com o paciente (Fricção álcool)	Q21b	53	18 (34,0%)
	c. Ao chegar na unidade após o almoço (Água e sabonete)	Q21c	53	41 (77,4%)
	d. Antes de aplicar uma injeção (Fricção álcool)	Q21d	53	22 (41,5%)
	e. Antes de esvaziar o urinol (Fricção álcool)	Q21e	53	23 (43,4%)
Adequação/ momentos para HM	f. Antes de abrir a porta do quarto do paciente (Fricção álcool)	Q21f	53	36 (67,9%)
	g. Após aplicar uma injeção (Água e sabonete)	Q21g	53	32 (60,4%)
	h. Após esvaziar o urinol (Água e sabonete)	Q21h	53	39 (73,6%)
	i. Após remoção de luvas de procedimento (Água e sabonete)	Q21i	53	45 (84,9%)
	j. Ao deixar o paciente (Fricção álcool)	Q21j	53	18 (34,0%)
	k. Após arrumação da cama do paciente (Fricção álcool)	Q21k	53	17 (32,1%)
	l. Após exposição visível ao sangue (Água e sabonete)	Q21l	53	42 (79,2%)
	m. Após contato com um paciente com diarreia (Água e sabonete)	Q21m	53	40 (75,5%)
	n. Antes da desinfecção do leito após a alta do paciente (Fricção álcool)	Q21n	53	16 (30,2%)
	<i>Quais das afirmações sobre fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a higienização das mãos com água e sabonete são verdadeiras?</i>			
Técnica/ Produtos	a. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido do que higienizá-las com água e sabonete (Verdadeiro)	Q22a	53	40 (75,5%)
	b. Friccionar as mãos com preparação alcoólica resseca mais a pele do que higienizá-las com água e sabonete (Verdadeiro)	Q22b	53	35 (66%)
	c. Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os microrganismos do que higienizá-las com água e sabonete (Falso)	Q22c	52	36 (69,2%)

<i>Quais das seguintes ações de higienização evitam a transmissão cruzada de microrganismos ao paciente?</i>						
Transmissão ao Paciente	a. Higienização das mãos antes de contato com o paciente (Sim)	Q23a	53	53 (100%)		
	b. Higienização das mãos após o contato com o paciente (Sim)	Q23b	53	50 (94,3%)		
	c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q23c	53	51 (96,2%)		
	d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente (Sim)	Q23d	53	50 (94,3%)		
<i>Quais das seguintes ações de higienização das mãos evitam a infecção do paciente por seus próprios microrganismos?</i>						
Transmissão ao Paciente	a. Higienização antes de contato com o paciente (Não)	Q24a	53	13 (24,5%)		
	b. Higienização das mãos após contato com o paciente (Não)	Q24b	53	8 (15,1%)		
	c. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q24c	53	52 (98,1%)		
	d. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico (Sim)	Q24d	53	49 (92,5%)		
<i>Quais das seguintes ações de higienização das mãos evitam infecção do profissional de saúde?</i>						
Transmissão ao Profissional de Saúde	a. Higienização das mãos após o contato com o paciente (Sim)	Q25a	53	53 (100%)		
	b. Higienização das mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (Sim)	Q25b	53	53 (100%)		
	c. Higienização das mãos imediatamente antes de realização de procedimento asséptico (Não)	Q25c	53	21 (39,6%)		
	d. Higienização das mãos após exposição a superfícies e objetos próximos ao paciente (Sim)	Q25d	53	51 (96,2%)		
<i>Quais das seguintes superfícies podem contaminar suas mãos com microrganismos que você pode transmitir aos pacientes se não higienizá-las antes de tocá-los?</i>						
Transmissão ao Paciente	a. A maçaneta da porta do quarto do paciente (Sim)	Q26a	53	51 (96,2%)		
	b. A roupa de cama do próprio paciente (Sim)	Q26b	53	44 (83%)		
	c. A pele intacta de outro paciente (Sim)	Q26c	53	41 (77,4%)		
	d. A pele intacta do próprio paciente (Sim)	Q26d	53	30 (56,6%)		
	e. O prontuário do paciente (Sim)	Q26e	52	37 (71,2%)		
	f. As paredes do quarto do paciente (Sim)	Q26f	53	44 (83%)		
	g. A mesa de cabeceira de outro paciente (Sim)	Q26g	51	48 (94,1%)		

Tabela 3 – Frequência e porcentagem das respostas corretas relacionadas ao Teste de Conhecimento. Santa Maria/RS, 2015 (N= 53)

Nota: \*Para a classificação da tipologia das perguntas foi utilizada a fonte Perez-Perez et al., (2015).

Evidenciou-se proporção de acertos acima de 90% nas perguntas relacionadas a “Conceitos/via de transmissão” Q16 (N=51; 96,2%), a “Técnica/Produtos” Q19a (N=52; 98,1%), a “Técnica/Outros aspectos relacionados” Q20a (N=52; 98,1%),

Q20c (N=51; 96,2%), a “Transmissão ao paciente” Q23a (N=53; 100%), Q23b (N=50; 94,3%), Q23c (N=51; 96,2%), Q23d (N=50; 94,3%), Q24c (N=52; 98,1%), Q24d (N=49; 92,5%), Q26a (N=51; 96,2%), Q26g (N=48; 94,1%) e a “Transmissão ao profissional de saúde” Q25a (N=53; 100%), Q25b (N=53; 100%), Q25d (N=51; 96,2%).

Proporções de acertos abaixo de 40% foram observadas nas perguntas relacionadas a “Conceitos/fonte de transmissão” Q17 (N=21; 40,4%), a “Adequação/momentos para HM” Q21b (N=18; 34%), Q21j (N=18; 34%), Q21k (N=17; 32,1%), Q21n (N=16; 30,2%), a “Transmissão ao paciente” Q24a (N=13; 24,5%), Q24b (N=8; 15,1%) e a “Transmissão ao profissional de saúde” Q25c (N=21; 39,6%).

## 4 | DISCUSSÃO

Evidenciou-se predomínio de trabalhadores do sexo feminino. No Brasil, essa tem sido uma característica que se mantém dos serviços de saúde. Também, maior percentual dos participantes não possuia outro emprego. Avalia-se esse fato como um fator positivo para o planejamento e implementação de ações direcionadas à HM. Por exemplo, facilita organização de educação permanente, uma vez que pode-se elaborar um cronograma com mais disponibilidade de horários. Trabalhar esta temática é imprescindível, pois é um dos pilares para a prevenção de IRAS, consequentemente a segurança dos pacientes (SOUZA et al., 2018).

Ao aplicar o “teste de conhecimento”, observaram-se questões com baixa porcentagem de respostas corretas, apesar de estarem inseridas nos conceitos básicos que tangem à transmissão, ao tempo, às indicações e às recomendações para HM. Nesse sentido, os resultados deste estudo apontam lacunas de conhecimento, nos profissionais de saúde, quanto a prática de HM.

Atividades com simulações realísticas tem sido utilizadas como metodologia inovadora, para suprir esta lacuna, pois oportunizam visualizar na prática as potencialidades e dificuldades durante a assistência. Ainda, salienta-se a atualização do conhecimento sobre a temática, à partir da articulação entre o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o Núcleo de Segurança do Paciente e Núcleo de Educação Permanente como estratégia de fortalecimento e parceira. Tal medida auxilia no desenvolvimento da aprendizagem e, consequentemente, na efetivação de práticas de HM (ZOTTELE et al., 2017).

Quando questionados sobre conceito e via de transmissão (Q17), parte dos profissionais de saúde responderam que a fonte de microrganismos mais frequente responsável pelas IRAS são os microrganismos já presentes no paciente ou nas proximidades dele. Ao enfocar as IRAS, faz-se necessário entender os conceitos de transmissão e disseminação de um microrganismo dentro das instituições de saúde, ou seja, conceitos de fonte, transmissão e hospedeiro. No ambiente hospitalar, a transmissão de microrganismos ocorre por contato direto (exposição a secreções,

sangue, urina e fezes) ou indireto (equipamentos, superfícies e artigos hospitalares).

Assim, torna-se importante incentivar o comportamento positivo relacionado às diretrizes de isolamento e precauções propostas pelo CDC (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010). Estas diretrizes contemplam dois níveis de precauções, as denominadas precauções-padrão e as baseadas na via de transmissão: gotículas, aerossóis e contato (SIEGEL et al., 2007). As precauções-padrão são um conjunto de medidas utilizadas para diminuir os riscos de transmissão de microrganismos nos hospitais. Elas constituem-se basicamente em: HM, utilização de luvas, óculos e máscara (SIEGEL et al., 2007). Neste contexto, a HM é a medida mais simples e menos onerosa utilizada para diminuir o risco de transmissão cruzada de patógenos.

A fricção e o tempo para a HM são importantes para a diminuição ou destruição da carga microbiana. Quanto ao tempo de HM com fricção alcoólica (Q18) os participantes responderam que o tempo mínimo necessário para a preparação alcoólica destruir a maioria dos microrganismos nas suas mãos é de 20 segundos. Na literatura, a técnica de HM deve ter duração mínima de 20 a 30 segundos, e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades visíveis (BOYCE; PITTEL, 2002; ANVISA, 2013).

Sobre que tipo de HM é necessário realizar em diferentes situações, destacam-se lacunas de conhecimento no que tange às indicações e recomendações para HM. Os resultados demonstram que 34% dos profissionais de saúde responderam que deve-se utilizar a fricção com álcool antes e após contato com o paciente (Q21b e 21j), 32,1%, após arrumação da cama do paciente (Q21k) e 30,2%, antes da desinfecção do leito após a alta do paciente (Q21n).

A ação certa no momento certo é importante para a segurança do paciente. Destaca-se que as indicações correspondem aos momentos precisos durante a assistência ao paciente. A prática, necessidade da HM, justificada-se pelo risco de transmissão de microrganismos de uma superfície para outra. O conceito engloba os “Cinco momentos para higiene das mãos” (SALMON et al., 2015).

O conceito “Meus cinco momentos para a higienização das mãos”, define indicações para a HM em condições que configuram recursos limitados e cenários de assistência superlotados, com inadequada ou nenhuma separação espacial entre camas/leitos. Nesse sentido, para compreender e aplicar o conceito nesses cenários que configuram superlotações, faz-se necessário avaliar o espaço físico e o risco de transmissão de patógenos por meio das mãos. É importante distinguir transmissão cruzada de patógenos que causam infecções nosocomiais de patógenos multirresistentes que causam IRAS (SALMON et al., 2015).

O artigo ainda reitera a importância de preparações alcoólicas estarem ao alcance dos profissionais de saúde nesses cenários de assistência; a importância dos procedimentos assépticos bem realizados de modo a evitar e minimizar o risco de IRAS com a própria flora do paciente; bem como, a transmissão de micro-organismos por meio de objetos inanimados compartilhados por profissionais de saúde e pacientes

(SALMON et al., 2015).

Quanto à transmissão ao paciente, no que tange às ações de HM que evitam a infecção do paciente por seus próprios microrganismos, menor percentual dos participantes responderam que a HM, antes (24,5%) e após (15,1%) contato com o paciente, não evita a infecção do paciente por seus próprios microrganismos (Q24a e 24b). Estudo realizado em unidade de terapia intensiva evidenciou que há uma grande produção de estudos sobre precauções-padrão. No entanto, uma escassez sobre precauções de contato entre paciente e profissionais de saúde. Os resultados apontam fatores que dificultam a adesão à HM e aos Equipamentos de Proteção Individual utilizados para as precauções de contato. Estes podem estar relacionados ao esquecimento de utilização (HM e luvas de procedimento), desconforto em virtude do calor gerado pelo mesmo (capote) e a falta estrutura física (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Quanto à utilização de luvas de procedimento, devem ser usadas para reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais. Também, reduzir o risco de disseminação de germes para o ambiente e transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro. As luvas não oferecem proteção completa contra a contaminação, razão que justifica a importância da correta HM antes de calçar as luvas (BOYCE; PITTEL, 2002).

Neste estudo, não foram avaliadas a qualidade de desempenho e a estrutura física, com instrumentos específicos para este fim. Sabe-se que, para a redução da disseminação de microrganismos, faz-se necessária a oferta de condições para os profissionais de saúde higienizarem adequadamente as mãos. Nesse sentido, ao serem questionados quanto à estrutura física e treinamento para a HM, maioria afirmou ter recebido treinamento, bem como a existência de preparação alcoólica disponível para a HM, na instituição.

Estudo realizado em instituição hospitalar público evidenciou que os coordenadores demonstraram conhecimento adequado sobre a infraestrutura existente para a prática de HM (MAGNAGO et al., 2019). No entanto, foram evidenciadas lacunas na infraestrutura existente, como ausência de algumas pias e torneiras adequadas e de dispensadores de álcool gel próximos aos leitos/macás do paciente, nas enfermarias o que auxiliaria na adesão à HM (MAGNAGO et al., 2019).

Corroborando, um estudo que avaliou o indicador de infraestrutura para HM, conclui que, apesar de a infraestrutura física estar adequada e próxima do valor ideal (83,3%), são necessárias ações e estratégias para superar barreiras físicas e ampliar a utilização de preparações alcoólicas (SANTOS et al., 2014).

## 5 | CONSIDERAÇÕES

Os resultados evidenciam conhecimento restrito sobre os benefícios da

utilização do álcool para a HM. Acredita-se que o diagnóstico realizado no PSA sobre HM possa servir de subsídio aos trabalhadores e gestores quanto a importância e necessidade de investimento em práticas assistenciais seguras. Não somente no local pesquisado, mas em outros cenários semelhantes ao que foi descrito. Ainda, ao se obter um diagnóstico do conhecimento dos trabalhadores sobre HM, ações de melhoria poderão ser planejadas junto à equipe multiprofissional e gestores de forma a repercutir positivamente nas taxas de adesão.

Nesse contexto, o uso de instrumentos, indicadores de adesão à HM e taxas de IRAS é fundamental, pois eles auxiliam na identificação precoce das ameaças relacionadas à cultura de segurança, à estrutura física, ao dimensionamento e necessidade de capacitação dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde carecem de treinamentos *in loco* para que possam atualizar conhecimentos sobre transmissão de microrganismos ao paciente, aos profissionais de saúde, precauções e isolamento. Parcerias entre o SCIH e o núcleo de segurança do paciente devem ser incentivadas, pois fortalecem a aprendizagem e efetivação de práticas seguras e a promoção da cultura de segurança.

A escassez de estudos nacionais e internacionais sobre o conhecimento dos profissionais acerca da HM, limitou a discussão com os achados deste estudo. O desenvolvimento de estudos futuros de avaliação incluindo demais unidades de atendimento e assistência à saúde podem ampliar o conhecimento acerca da HM.

## REFERÊNCIAS

- ANVISA. Ministério da Saúde; FIOCRUZ. **Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, Brasília, 2013.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução 466/2012**. Brasília, DF, 2012.
- DUNN-NAVARRA, A. M. **Relationship between systems-level factors and hand hygiene adherence**. Journal of Nursing Care Quality. v. 26, n. 1, p. 30-38, jan. 2011. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181e15c71
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM. História: **Relatório Estatístico HUSM/2015**. Santa Maria, 2015.
- OPAS. (Organização Pan-Americana da Saúde); ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Guia para implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. Brasília: OPAS/ANVISA, 2008, p. 63.b
- PEREZ-PEREZ, P. et al., **Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 149-160, enero, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106913>
- SOUZA, L. M. B. de et al., **Análise do conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação à higienização das mãos**. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 2, mar. 2018. ISSN 2238-3360. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v8i2.11199>

ZOTTELE, C. et al., **Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department**. Rev Esc Enferm USP. V.51, n.03242 (esp), 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016035503242>

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, C. S.; MASCARENHAS, D. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para a adesão dos profissionais. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 161-165, jan./fev. 2010.

SIEGEL, J. D. et al. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings**. American Journal of Infection Control, v. 35, n. 10, p. s65-s164, dez. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>

BOYCE, J. M.; PITTEL, D. **Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the Hand Hygiene Task Force**. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR Recomm Rep. Suíça, v. 25, p. 1-44, oct. 2002.

SALMON, S. et al., **The 'My five moments for hand hygiene' concept for the overcrowded setting in resource-limited healthcare systems**. Journal of Hospital Infection, EUA, v. 91, n.2, p. 95-99, jan. 2015.

MAGNAGO, T. S.B. S. et al., **Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário**. Rev Gaúcha Enferm. V.40, n.e20180193, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.20180193>

SANTOS, T. C. R. et al. **Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 70-77, mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.40930>

## CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA ORIENTAÇÃO DE CUIDADORES DE CRIANÇA COM SÍNDROME NEFRÓTICA IDIOPÁTICA

### **Nathália Marques de Andrade**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

### **Ana Claudia Queiroz Bonfin**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

### **José Musse Costa Lima Jereissati**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

### **Carlos André Moura Arruda**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

### **Alexandre Nakakura**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

### **Fernanda Rochelly do Nascimento Mota**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE  
Fortaleza-Ceará

altera a rotina da família e do paciente por exigir um acompanhamento domiciliar mais rigoroso. Objetiva-se construir uma cartilha educativa para orientação de cuidadores de criança com síndrome nefrótica idiopática acerca dos cuidados domiciliares. Trata-se de um estudo metodológico. A elaboração da cartilha desenvolveu-se em três etapas: sistematização do conteúdo, elaboração do conteúdo da cartilha e versão final. Na sistematização do conteúdo, deu-se através de levantamento teórica científico de revisão narrativa, nas bases de dados: Lilacs, PubMed/ Medline e SCIELO. A elaboração do conteúdo foi baseada no *guideline* Maine Health que norteou a execução do projeto tecnológico com o intuito de deixar as informações mais clara e compreensível para o público-alvo. A versão final da cartilha, deu-se através da efetivação das ilustrações, layout e design da cartilha com formatação padrão de 15cm de altura e 10cm de largura. A dificuldade da compreensão da doença e déficit de materiais educativos em relação à esta temática torna-se imprescindível a utilização de meios que esclareçam as dúvidas e facilite o entendimento do cuidador. Assim, a construção da cartilha educativa, de forma prática e compreensível, conduz as principais complicações e os cuidados domiciliares de crianças com SNI.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome Nefrótica.

**RESUMO:** A Síndrome Nefrótica Idiopática (SNI) é uma afecção crônica que repercute na filtração glomerular caracterizada por um quadro clínico de proteinúria, edema e dislipidemia. Dentre as doenças crônicas na infância, a SNI

## CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL BOOKLET FOR GUIDING CHILD CAREERS WITH IDIOPATHIC NEPHROTIC SYNDROME

**ABSTRACT:** Idiopathic Nephrotic Syndrome (NIS) is a chronic condition that affects glomerular filtration characterized by a clinical picture of proteinuria, edema and dyslipidemia. Among chronic childhood diseases, NIS alters the family and patient routine by requiring more rigorous home care. The objective is to build an educational booklet to guide caregivers of children with idiopathic nephrotic syndrome about home care. It is a methodological study. The preparation of the booklet was developed in three stages: systematization of the content, preparation of the content of the booklet and final version. In the systematization of the content, it took place through a scientific theoretical survey of narrative review, in the databases: Lilacs, PubMed / Medline and SCIELO. The elaboration of the content was based on the guideline Maine Health that guided the execution of the technological project in order to make the information clearer and more comprehensible to the target audience. The final version of the booklet was made through the illustrations, layout and design of the booklet with standard format of 15cm high and 10cm wide. The difficulty of understanding the disease and the lack of educational materials in relation to this theme makes it essential to use means that clarify doubts and facilitate the understanding of the caregiver. Thus, the construction of the educational booklet, in a practical and understandable way, leads to the main complications and home care of children with NIS.

**KEYWORDS:** Nephrotic Syndrome. Children Diseases. Health Education.

### 1 | INTRODUÇÃO

O cuidado à criança em situação crônica tem sido um tema reflexivo no âmbito da saúde, na qual requer um acompanhamento de profissionais e mudanças de hábitos na rotina de vida que proporcionem um bom desenvolvimento infantil, mesmo com a enfermidade. A condição crônica na infância traz complicações, tanto para a criança quanto aos familiares. Complicações estas, que influenciam no desenvolvimento e crescimento dos pacientes, além de trazer impactos no contexto familiar, estes se desdobram para adaptar-se a uma nova rotina com constantes mudanças e incertezas em relação à doença (SILVA *et al.*, 2010; VIEIRA, 2002; BRASIL, 2010; WEGNER, 2010; BRASIL, 2018).

Dentre as doenças crônicas na infância, a *Síndrome Nefrótica Idiopática* (SNI) altera o cotidiano da criança e da família com o diagnóstico, por exigir um cuidar rigoroso. Cuidar este que, na maioria das vezes, é desempenhado pela mãe, que se empenha para obter o controle da doença e a prevenção de doenças oportunistas, bem com os cuidados na alimentação e medicações no horário, acompanhamento nas consultas médicas e nas internações. Dessa maneira, entende-se que a mãe é

o maior suporte do cuidar de crianças com SNI e exerce um papel vital na rotina da criança (BORGES *et al.*, 2017).

A Síndrome Nefrótica (SN) se manifesta de forma idiopática (primária) e secundária. Esta desenvolve-se a partir de uma doença preeexistente e aquela de causa desconhecida. A SNI é comum na infância e exige um plano de cuidado específico que é passado por uma equipe multiprofissional para os cuidadores (BRASIL, 2018).

As mães cuidadoras demonstram ter o conhecimento sobre a doença e o tratamento. Algumas, porém, têm dificuldades no entendimento da situação do seu filho gerando dúvidas e medos. O que indica à necessidade da criação de instrumentos que acrescentem nas informações advindas dos profissionais de saúde, dessa maneira, auxiliar os cuidadores na compreensão da doença do seu filho, de modo que possa reduzir a ansiedade, as preocupações e medos (COSTA *et al.*, 2015).

A enfermagem exerce um importante papel na educação em saúde para os pais de crianças diagnosticadas com SNI, na busca de promover o adequado acompanhamento domiciliar e quando há a necessidade de procurar um profissional de saúde, assim como cuidados básicos que são necessários na rotina para evitar recaídas. Porém, estas informações, às vezes não são compreendidas e desenvolve inseguranças e preocupações aos cuidadores. Por isso que este profissional, geralmente, constrói ferramentas tecnológica educativa e didática, na qual serve como auxílio de informações oferecidas na assistência (SOUZA; MANDU, 2010; TESTON *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2017).

É importante reforçar sobre a importância de que o cuidador seja orientado sobre o tratamento da doença e seus cuidados, assim como, a prevenção de complicações. Uma das características da SNI são as frequências recidivas que, muitas vezes, estão relacionadas com a gestão do cuidado domiciliar. Além disso, o aparecimento de comorbidade como infecções, dislipidemia e entre outras. Assim o papel dos cuidadores é essencial no monitoramento e acompanhamento de criança com SNI (BORGES *et al.*, 2017).

Dessa maneira, entende-se a relevância deste trabalho, no qual a construção da cartilha para orientação das mães é fundamental no tratamento de crianças com SNI, que é um distúrbio glomerular comum na infância de causa desconhecida que, na maioria das vezes, é descoberto pela percepção do edema, geralmente observado pela as mães ou cuidador.

A construção da cartilha educativa sobre o cuidar de crianças com *Síndrome Nefrótica Idiopática (SNI)* contribuirá na orientação, prevenção de complicações e alterações associadas, visando o maior alcance de informações sobre condutas eficazes, dessa maneira, obter-se uma assistência integral à saúde da criança em situação crônica. A pergunta que norteou o estudo foi: Como uma cartilha educativa poderá facilitar a orientação para cuidadores de crianças com síndrome nefrótica?

Assim, este manuscrito objetivou construir uma cartilha educativa para orientação de cuidadores de criança com síndrome nefrótica idiopática acerca dos cuidados

domiciliares.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de construção de tecnologia educativa do tipo pesquisa metodológica. Segundo Polit *et al.* (2011), no estudo metodológico tem-se o objetivo de construir ferramentas fidedignas que outros pesquisadores possam manusear, assim como, ter a perspectiva no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias que possam aprimorar a metodologia.

### 2.1 Desenvolvimento da cartilha

O desenvolvimento da construção da cartilha educativa foi baseado na teoria do *guideline: A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials*, uma ferramenta baseada em evidência científica que busca oferecer uma comunicação clara e compreensiva sobre determinado tema relacionado à saúde aos pacientes através de materiais educativos impressos ou Web (MAINEHEALTH, 2010).

Assim, o material educativo impresso, como cartilha, tem o propósito de aumentar as informações sobre os cuidados domiciliares de crianças com Síndrome Nefrótica Idiopática.

A validação do estudo não será realizada no momento, devido ao curto período de tempo. Portanto, a construção da cartilha se deu na seguinte ordem: Sistematizar o conteúdo da cartilha, Elaboração da cartilha e Versão final (compor a cartilha) de acordo com a figura 1 acima.

#### 2.1.1 Primeira etapa

A sistematização do conteúdo foi realizada através de uma revisão narrativa da literatura, que tem a finalidade de fornecer conhecimentos numa visão geral acerca da temática em questão. Ademais, sintetiza e resume uma variedade de publicações científicas anteriores, que proporcionam a compreensão dos leitores sobre assuntos atuais, englobando seu ponto de vista teórico e contextual (ROTHER, 2007; AZEVEDO, 2016).

O levantamento de dados foi realizado nas bases de dados da literatura científica *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), PubMed/MEDLINE e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A busca dos estudos foi realizada através das palavras-chaves em português, inglês e espanhol selecionado por intermédio consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme: Síndrome Nefrótica (“Nephrotic Syndrome”) e Crianças (“Children”).

Inicialmente foram encontrados títulos disponíveis na PubMed/Medline: 1228, Lilacs: 96 e na Scielo: 72 que, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para a revisão resultou em 47 artigos científicos destes, dos quais só

16 respondiam a pergunta norteadora.

Os critérios de inclusão foram: publicações do tipo de artigos científicos disponíveis na íntegra, gratuitamente e em formato eletrônico na base de dados que abordam a temática estudada, sem distinção quanto à periodicidade, nos idiomas de português, espanhol e inglês.

Os critérios de exclusão foram: publicações de artigos de reflexão, estudos que não estavam disponíveis gratuitamente e os que se repetiam em diferentes bases de dados, assim como aqueles que não respondiam à pergunta norteadora: “Quais as principais complicações da Síndrome Nefrótica e cuidados domiciliares prestados à criança?”.

### ***2.1.2 Segunda etapa***

Após o levantamento teórico da literatura científica foi possível à elaboração do conteúdo da cartilha considerando os resultados obtidos de acordo com a temática estudada (os cuidados domiciliares prestados a criança com SN). Este conteúdo foi adaptado e adequado ao público-alvo (cuidadores e profissionais), através de uma linguagem clara e acessível, de modo que os cuidadores de vários níveis de entendimento possam compreender o seu conteúdo e segui-lo corretamente. O formato e as regras para adaptação do conteúdo foram seguidos de acordo com o *guideline* Maine Health (2010) que auxiliou na construção da cartilha educativa.

### ***2.1.3 Terceira etapa***

A versão final consiste na junção dos resultados da etapa anterior e a construção de ilustrações, layout e design da cartilha. As ilustrações foram desenvolvidas pelo autor. O layout e o design foram executados por um profissional de informática, porém, o autor acompanhou todo o processo. A cartilha foi formatada no tamanho preconizado de 15cm de altura e de 10cm de largura para ser impressa, e, posteriormente, ser avaliada e validada de acordo com o seu conteúdo composto e o público-alvo (MAINEHEALTH, 2010).

## **3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **3.1 Construção da cartilha**

A cartilha foi construída a partir das etapas previamente determinadas a fim de organizar uma sequência lógica para sua elaboração. Dessa maneira, seguiu-se sistematização do conteúdo, elaboração da cartilha e a versão final (ilustrações e conteúdo).

### 3.1.1 Primeira etapa: Sistematização do conteúdo da cartilha

Desenvolvida a partir da revisão narrativa da literatura utilizando-se os descritores: Nephrotic Syndrome e Children na base do Lilacs, Medline e Scielo, na qual foram identificados 1423 títulos disponíveis para desenvolver a pesquisa. Este número reduziu para 16 artigos, após aplicados os critérios de exclusão e os filtros (seres humanos e criança). Nesta fase da pesquisa, os resultados foram analisados e agrupados em duas categorias temáticas: Principais complicações da síndrome nefrótica e suas repercussões sobre a criança e a família; e Estratégias de cuidado domiciliar.

Levando-se em consideração a importância da assistência prestada à criança com síndrome nefrótica no ambiente domiciliar, bem como o emprego de condutas adequadas do cuidador no cotidiano, como o intuito de obter resultados positivos, após a leitura completa dos 16 artigos, foi possível identificar duas categorias temáticas (Principais complicações da síndrome nefrótica e suas repercussões sobre a criança e a família e Estratégias de cuidado domiciliar) que auxiliaram na elaboração da cartilha educativas para os cuidadores.

#### 3.1.1.1 Principais complicações da Síndrome Nefrótica e suas repercussões sobre a criança e a família

As complicações e a fragilidade no cuidado que acometem o paciente podem lhe trazer inúmeras consequências e diminuir a qualidade de vida tanto da criança com SN quanto para seus cuidadores. As complicações, que podem surgir no decorrer do tratamento, como alergias, infecções, dislipidemia, edema e alteração comportamental, devem ser tratadas e monitoradas pelo cuidador junto aos profissionais de saúde. As recaídas da doença estão associadas ao aparecimento de tais alterações (WEI et al, 2015; PAISINI et al, 2017; WEEB et al, 2014; MCCAFFREY et al, 2016; ABRANTE et al, 2004; TEOH et al, 2015; GHOBRIAL et al, 2013; SOEIRO, 2014; SELEWSK et al, 2017; GIPSON et al, 2013).

Dentre as complicações evidenciadas na pesquisa, pode-se afirmar que o aparecimento de alergia após o diagnóstico de SN é frequente, sendo que a população mais jovem tem maior risco de desenvolvê-las. Segundo a pesquisa de Wei et al (2015), as crianças com SN desenvolvem mais alergia após o diagnóstico em comparação com a crianças que são saudáveis. De acordo com autor, as alergias que são comuns estão entre conjuntivite, rinite alérgica, dermatite e asma. Ademais, os autores relacionam o acompanhamento com profissionais e a diminuição do aparecimento de alergia o que indica a necessidade do monitoramento diário dos cuidadores.

Apesar das alergias influenciarem no tratamento e ser uma das causas de recaídas, a infecção ainda é mais preocupante, embora após a introdução do antibiótico o índice de mortalidade tenha diminuído. Para os autores Webb et al (2014), o aumento

de infecções no trato respiratório e urinário em crianças com Síndrome nefrótica é considerável. Por isso, ressalta-se que o acompanhamento domiciliar para evitar o aparecimento dessas alergias e/ou infecções é imprescindível, principalmente em crianças menores que têm maior risco de desenvolver a doença (WEBB et al, 2014).

Soeiro et al (2004), pesquisaram o aparecimento de infecção no paciente que está em remissão, onde o quadro infeccioso pode influenciar negativamente no tratamento. Dessa maneira, deve-se identificar o tipo de infecção precocemente que irá ajudar na escolha terapêutica e medidas preventivas. Assim, faz-se necessário que o cuidador mantenha o monitoramento no ambiente e alimentação que fortifique o sistema imunológico, a fim de evitar o aparecimento de infecções oportunistas.

Na pesquisa supracitada, vê-se que a maioria dos casos de infecções era nas vias aéreas superiores e está relacionado no momento da proteinúria, ou seja, quando a síndrome nefrótica está ativa no paciente gerando a sintomatologia da mesma. A infecção mais frequente é a pneumonia, cuja vacinação é uma alternativa para a prevenção dessa infecção. Paisini et al (2017) sugerem que todas as crianças com síndrome nefrótica sejam vacinadas contra pneumonia a cada cinco anos.

Os autores Webb et al (2016) acrescentam a possibilidade de serem administradas outras vacinas como a Influenza e a Varicela, sem uso de tratamento com corticoide, como forma de prevenir infecções.

Os mesmos relatam a influência do uso de prednisona no período de infecção, no qual se diz que há maior possibilidade de crianças que não estão fazendo o uso de corticoide desenvolverem infecções e terem recaídas do que aquelas que fazem tal uso (WEBB et al, 2017).

De acordo com esse contexto, a mãe cuidadora deve estar atenta ao aparecimento de tosse, dor de garganta, dor de ouvido, dor no abdome e, principalmente, febre e procurar o especialista para tomar as precauções em caso de infecção (WEBB et al, 2014; MCCAFFREY et al, 2016).

O quadro de infecção expõe o paciente ao tratamento com esteroides em dose mais alta em longo prazo e, consequentemente, aumenta o risco de desenvolver efeitos colaterais. Efeitos estes, que compromete no crescimento e no surgimento da obesidade. Abrantes et al (2004), expõem que existe relação do uso de altas dose de corticoides e a diminuição do crescimento.

Além disso, uma característica comum em pacientes com SN desenvolver a dislipidemia. Esta alteração, está presente no momento do edema e, geralmente, desaparece com tratamento da proteinúria. Esse aumento do LDL e dos triglicerídeos pode predispor ao paciente a ter problemas cardiovasculares futuros ou na idade adulta (MCCAFFREY et al, 2016).

Neste contexto, ressalta-se a importância de identificar o momento da proteinúria e o edema, para iniciar condutas que possam amenizar e/ou tratar este quadro clínico. O edema é a característica mais comum na SN, motivo pelo qual, os pais procuram o médico e expressam preocupações e medos.

Existem duas teorias que explicam o aparecimento do edema - Underfill e Overfill. A esse respeito, Teoh et al (2015) relatam em sua pesquisa, que o surgimento do edema e a retenção de sódio e água no organismo é a causa do edema, que é mais visível nos membros inferiores, no abdome, na genitália externa, na face e na região periorbital. No momento em que surge o edema, deve-se manter a atenção na dieta nutricional, principalmente na diminuição do sódio e, em caso de poliúria, redução de ingesta hídrica. Além disso, o comparecimento para avaliação médica é imprescindível (PASINI et al, 2017).

O estado socioemocional de uma criança com Doença Renal Crônica (DRC) também deve ser considerado, pois sofre alterações trazendo repercussões no cotidiano. Os autores Ghobrial et al (2013) demonstraram as influências que estão interligadas com a rotina de uma criança, citando assim, a interrupção de atividades escolares e faltas frequentes, uso prolongado de medicações, percepção das crianças sobre o estado de preocupação e estresse dos pais e a consciência de modificações na aparência e na imagem pessoal. Esse estresse emocional, consequentemente, pode manifestar como alterações comportamentais na criança deixando-a irritada, depressiva e hiperativa (GHOBRIAL et al, 2013).

O impacto na aparência física causado pelo edema relatado por crianças menores de cinco anos com SN na pesquisa de Gipson et al (2013) mostra que o edema é algo que incomoda as crianças pelo fato de ser o sintoma mais visível, além de alterar a mobilidade e a visão (edema periorbital) delas. Os instrumentos utilizados na pesquisa de Selewski et al (2017) reforça a ideia da existência dos impactos na aparência física e aspectos gerais, no qual avaliou domínios (mobilidade, fadiga, interferência da dor, ansiedade e sintomas de depressão) que demonstraram que crianças com SN ativa, ou seja no momento da proteinúria e edema, são mais propensas a manifestar alterações.

A pesquisa feita no Egito por Ghobrial et al (2013), demonstra que crianças com SN, principalmente aquelas que são resistentes ao esteroide, têm risco de desenvolverem alterações comportamentais e que profissionais de saúde devem orientar os pais sobre possível alterações comportamentais que podem surgir.

Visto isso, percebe-se que a pesquisa possibilitou conhecer as principais complicações que uma criança com SN pode desenvolver ao longo de sua vida, tais como alergias, infecções, dislipidemias, dentre outras. Com isso, pode-se definir estratégias que possam auxiliar nos cuidados domiciliares.

### 3.1.1.2 Estratégias do cuidado domiciliar

A assistência prestada à criança implica uma gama de ações dos profissionais e dos pais, que têm a finalidade de restabelecer a saúde da criança e manter uma qualidade de vida. Apesar de existir internações no decorrer do tratamento, assim como recidivas, o acompanhamento é feito, geralmente, no ambiente domiciliar. Por isso, pressupõe-se a importância da interação como os demais membros da família,

de forma que possa harmonizar o cuidado e adaptação à nova rotina (RIBEIRO, ROSA; ROCHA, SEMIAMIS; 2007).

A principal estratégia do cuidado é a educação em saúde que começa quando o paciente é diagnosticado. Assim sendo, são iniciados o tratamento medicamentoso e as orientações dos profissionais para os cuidadores de modo que possam prosseguir com o tratamento e entender como reconhecer as recaídas e indícios de complicações. Estas informações deverão ser passadas ao cuidador uma vez que o conhecimento do mesmo influencia no maior período sem recaídas e na identificação precoce das complicações (BORGES et al, 2017; PASINI et al, 2017).

Diante das fragilidades e potenciais complicações da SN que o estudo demonstrou, a pesquisa sugere criar estratégias com o intuito de aumentar as informações sobre a SNI de forma que minimizem medos e preocupações que são acompanhadas no processo de diagnóstico e no tratamento da DCR na infância. A relevância da orientação é evidenciada na pesquisa de Beanlands *et al.* (2017) que relata que a falta de esclarecimento sobre a doença, sobre o diagnóstico e tratamento causam angústia aos pais que lidam diretamente com a criança. Borges et al (2017) complementam que a falta de compreensão por parte dos cuidadores, atua negativamente no tratamento.

Neste contexto, entende-se a importância da educação em saúde que auxilie na compreensão da doença e dos cuidados. O estudo feito por Pasini et al (2017) relatam sobre o documento consensual, no qual visa a uma atualização de tratamento numa visão multidisciplinar para SN, dessa forma, facilitar o diagnóstico e o reconhecimento precoce de complicações, assim como, compreenderem formas de prevenção.

De acordo com o documento consensual, o diagnóstico da SNI é feito através de uma análise clínica e laboratorial do profissional médico nefrologista e pediatra, onde avalia-se a presença de edema, proteinúria, albumina, creatinúria e hiperlipidemia, assim como a interpretação dos exames específicos (PASINI et al, 2017; ARGENTINA,2014).

Outrossim, é necessário que o médico identifique o tipo de SN e descarte a possibilidade de ser a SN secundária antes de iniciar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Após isso, os pais devem ser orientados sobre a monitorização do estado geral de saúde do seu filho, como a verificação dos sinais de recaídas (PASINI et al, 2017; ARGENTINA, 2014).

Os cuidadores devem ser orientados sobre a forma de administração e os medicamentos adequados assim como o período e dosagem, visto que o tratamento inicial será a adaptação à rotina e o momento em que o cuidador deverá expressar suas dúvidas e entender o processo de cuidar de uma criança com Síndrome Nefrótica (UWAEZUOKE, 2015).

A terapia medicamentosa realizada na primeira crise é feita com prednisona oral, geralmente em doses diárias no turno matutino que atua concomitante com o hormônio na supra adrenal. Apesar do tratamento, mais da metade de crianças

apresentam recidivas que, normalmente, manifesta-se pelo edema, que deve ser observado pelo cuidador e assim, escolher a conduta correta (UWAEZUOKE, 2015).

Geralmente, as recaídas são mais visíveis através do edema. Quando isso ocorre, deve-se orientar a manter a atenção na dieta nutricional, principalmente na diminuição do sódio e, em caso de poliúria, redução de ingesta hídrica. Além disso, a ida a avaliação médica é imprescindível (PASINI et al., 2017).

Evidencia neste contexto, a importância do acompanhamento domiciliar, na qual os pais que cuidam de seu filho com SN devem observar sinais de infecção, edema, quantidade de urina e os cuidados com a dieta nutricional do mesmo, para realizar condutas adequadas e procurar o profissional médico.

Para obter-se melhora no quadro clínico, é necessário administração dos medicamentos no horário e nos dias prescritos (diário ou em dias alternados), além de obter controle nutricional para tratamento e prevenção de edemas. Este controle está relacionado com alimentos com baixo teor de sódio e líquidos, na qual será relacionada de acordo com a gravidade do edema (ARGENTINA, 2014; MCCAFFREY et al., 2016).

Além disso, é necessário orientar os pacientes sobre uma alimentação menos calórica, uma vez que a dislipidemia é um fator presente. Apesar de doenças cardiovasculares serem mais comuns em adultos orienta-se, também, a prática de atividade física e evitar tempo prolongado no leito como forma de prevenção de complicações vasculares (MCAFFREY et al., 2016).

Como citado na temática anterior, a infecção é a complicação que mais traz repercussões, o que indica a necessidade de manter o calendário vacinal em dia e reforçar na alimentação saudável (PAISINI et al., 2017).

Dado que, a situação crônica na infância interfere a funcionalidade da rotina e do cotidiano familiar torna-se imprescindível que orientações sejam repassadas dos educadores em saúde, enfermeiros, para toda a família e não somente ao paciente. Assim como, frisar a importância da avaliação holística do paciente e não da doença em si. Dessa maneira, proporcionar a criação de vínculos e o diálogo entre os familiares e o paciente, de forma que o cuidador consiga compreender o estado emocional da criança e encorajá-lo a lidar com as circunstâncias presentes (RIBEIRO, ROSA; ROCHA, SEMIAMIS; 2007).

Segundo consenso da Argentina (2014) a maioria de crianças com SN demonstram ser por lesão Mínima e atingem a cura na puberdade, já que 90% dos pacientes são sensíveis ao corticoide (Reino Unido, Argentina, México, Brasil).

Porém, ressalta-se o desafio de cuidados e terapias para pacientes que são resistentes ou dependentes aos corticoides. Os autores Gadegbeku et al (2013), reforça a ideia que a limitação de compreensão sobre os mecanismos da SN interfere na eficácia do tratamento. Isso demonstra a relevância de se pesquisar mais sobre a temática.

Em virtude do estudo explicitado, foram selecionados e organizados no quadro

3 abaixo destacando-se os cuidados domiciliares mais relevantes na rotina de uma criança com SN, em que a cartilha foi baseada.

A partir do agrupamento dos cuidados, foi possível dividir em cinco tópicos que deram origem às seções temáticas da cartilha, das quais prosseguiram em páginas com os seguintes tópicos: apresentação, definição da doença, complicações, monitoramento de recaídas, vacinação, cuidado com a medicação, cuidados com alimentação, atividade física, alterações comportamentais e dúvidas frequentes, finalizando com as considerações finais.

A pesquisa presente retrata a falta de compreensão dos cuidadores sobre a SN e, consequentemente, o aparecimento de complicações. A relação de uma criança com glomerulopatia com o cuidador, por vezes se torna desgastante pela falta de conhecimento, frisando a necessidade uma abordagem mais ampla sobre o conteúdo pela equipe de saúde.

### **3.1.2 Segunda etapa: Elaboração da cartilha**

A composição do conteúdo final da cartilha foi realizada de acordo com os resultados do levantamento teórico científico gerado na revisão da literatura que corresponde às categorias temáticas (Principais complicações da Síndrome Nefrótica e suas repercussões sobre a criança e a família e Estratégias do cuidado domiciliar). Esta por sua vez, baseada nas complicações e nos cuidados domiciliares a criança com síndrome nefrótica.

Dessa forma, tornou-se possível coletar informações acerca do assunto e adaptar ao público-alvo com o auxílio do *guideline* Maine Health (2010). Este propõe que os textos de um material educativo sejam compostos de frases curtas e palavras do cotidiano, com no máximo 15 palavras em cada frase. Por isso, os textos criados utilizados na cartilha deste estudo foram desenvolvidos com poucos termos científicos e com palavras usuais e, para facilitar a leitura, utilizou-se mais substantivos e verbos do que adjetivos e advérbios, totalizando em cada frase no máximo 15 palavras.

Com base nisso, a cartilha foi construída com o propósito que pessoas de todos os níveis de escolaridade possam compreender o que está sendo dito. A voz ativa é do cuidador (mãe), dessa forma manter um dialogo e aproximação com o leitor. Nas páginas iniciais da cartilha faz-se uma breve “Apresentação” do conteúdo, uma definição da doença e objetivos da cartilha. As demais páginas buscam esclarecer os cuidados selecionados com ilustrações que retratam as diferentes situações vividas.

Decidiu-se que o personagem que retrata o filho seria do sexo masculino, tendo em vista a prevalência de SN em crianças desse sexo. Como apontam os resultados desse estudo. Decidiu-se também, que o cuidador seria a figura da mãe em razão do cuidador, geralmente, ser a própria mãe, aproximando, dessa forma, o texto de acordo com a realidade como destaca os artigos da revisão.

### 3.1.3 Terceira etapa: Versão final (Ilustrações, Layout e Design).

O *guideline* de Maine Health (2010) foi a base científica que norteou o desenvolvimento da cartilha educativa com linguagens simples e nível de legitimidade apropriado aos pacientes e cuidadores, na qual possibilitou a composição de um material mais acessível com objetivo de atrair o público-alvo através do layout, estilo da escrita, tamanho das fontes, ilustrações e cores com o intuito de prender a atenção do leitor e tornar a leitura mais aprazível.

As ilustrações foram construídas embasadas no conteúdo contido na cartilha enfatizando o ponto que desencadeia a compreensão do tema estudado, na qual ficou dividida em 12 páginas em que, além das oito páginas que contemplam sobre os cuidados domiciliares tiveram mais três, onde retratam a capa, apresentação e as considerações finais.

As ilustrações foram produzidas por um profissional de artes gráficas junto ao autor nos meses de setembro e outubro de 2018. Os desenhos são apresentados coloridos na intenção de demonstrar animação, atrair o leitor e proporcionar a compreensão mais rápida do conteúdo exposto (MAINEHEALTH, 2010).

Nas páginas é possível ver figura que contém personagens no ambiente domiciliar, demonstrando momentos de alerta, prioridades na prevenção (cartão de vacinação), tipos de refeições sempre em harmonia com a ideia central dos textos produzidos.

Procurou-se demonstrar através das imagens dos personagens, o comportamento mais próximo da realidade vivenciada pelo cuidador e a criança com SN. Nesse interim, expõem-se ilustrações com detalhes na face, cor de pele e idade harmonizando-as com o conteúdo, no intuito de aproximar a temática da cartilha com o público-alvo. E, para fortalecer as informações das ilustrações colocaram-se legendas nas imagens.

O layout da cartilha foi elaborado pelo autor do estudo junto ao profissional com o auxílio do programa de computação gráfica com diâmetro padrão para todas as páginas de 15 cm de altura e 10 cm de largura, com o objetivo de torná-la acessível e de fácil manuseio.

Em relação ao estilo e ao tamanho da fonte, prevaleceu-se o uso Times New Roman no tamanho de 18 para títulos das seções e 14 para os textos, com as finalidades de tornar a leitura mais rápida e facilitar a visualização da escrita com maior facilidade, dessa forma atingir o maior alcance de informações para os cuidadores de todas as idades (mães, pais e avós). O comprimento dos parágrafos varia de três a cinco polegadas com o intuito de aumentar a compreensão e a velocidade da leitura (MAINEHEALTH, 2010).

À vista disso, a tecnologia educativa, denominada: “Cartilha para cuidadores de crianças com Síndrome Nefrótica Primária”, foi composta por capa e 11 páginas, com tamanho padrão de formatação de 15 cm de altura por 10 cm de largura. Nas

páginas, há ilustrações que reforçam o conteúdo da cartilha, exceto nas três últimas, finalizando, portanto, em nove ilustrações.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou a construção de um instrumento educativo a partir de levantamento teórico científico, para facilitar o entendimento dos cuidadores de criança com SN acerca das complicações e cuidados domiciliares. Estudo este, relevante tanto para os profissionais de saúde quanto para os cuidadores, uma vez que há um déficit de informações sobre a temática influenciando diretamente no prognóstico da doença.

Nesse sentido, desenvolveu-se uma ferramenta educativa que auxilie a compreensão e reforce as informações advindas da equipe de saúde. E, para isso, a cartilha foi estruturada em 12 páginas com conteúdo e ilustrações que explicam os principais cuidados diante de complicações comuns apresentadas em crianças com SN.

O conteúdo foi adaptado para o público-alvo com palavras usuais e ilustrações, que fortalecem o que está sendo dito. Dessa forma, a cartilha foi dividida em páginas de apresentação, definição e objetivo da cartilha, complicações, monitoramento de recaídas, vacinação, cuidados com medicações, cuidados com alimentação, atividade física, alterações comportamentais, dúvidas frequentes e considerações finais, além de uma página para a capa.

Portanto, possibilitou-se a construção da tecnologia educativa adaptada aos cuidadores que, posteriormente, será submetida a uma avaliação por profissionais experts no assunto e validada, para ser utilizada na sociedade e contribuir para a saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ABRANTE, Marcelo Militão et al. **A influência dos corticoesteróides no crescimento de crianças e adolescentes com síndrome nefrótica**. Departamento de Pediatria - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

AZEVEDO, Debora. **Revisão de Literatura, Referencial Teórico, Fundamentação Teórica e Framework Conceitual em Pesquisa – diferenças e propósitos**. Working paper, 2016 (<https://unisinos.academia.edu/DeboraAzevedo/Papers>).

BORGES, Karlota et al. **Parental Health Literacy and Outcomes of Childhood Nephrotic Syndrome**. Pediatrics, 2017.

COSTA, Wisllane, MOREIRA, Rossana, LÚCIO, Ingrid et al. **Como as mães percebem seus filhos com Síndrome Nefrótica**. Revista enfermagem UFPE online, Recife, Fev/ 2015.

COMITÉ DE NEFROLOGIA, Sociedad Argentina de Pediatría. **Consenso de tratamiento del síndrome nefrótico en la infancia**. Arch. Argent. Pediatr., 2014.

EDDY, Alisson; SYMONS, Jordan; **Nephrotic Syndrome in Childhood**. The Lancet, Vol.362, August, 2003 ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)).

FREITAS, Fernada; REZENDE FILHO, Luíz. **Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica**. Interface Comum Saúde Educ. 2011.

GERHARD, Tatiana; SILVEIRA, Denise. **Métodos de pesquisa**; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GHOBRIAL, Emad; FAHMEY, Sameh; AHMED, Maha; BOTROUS, Osama. **Behavioral Changes in Egyptian Children With Nephrotic Syndrome**. Iranian Journal of Kidney Diseases, 2013.

GIPSON, Debbie; SELEWSKI, David. **Gaining the PROMIS perspective from children with nephrotic syndrome: a Midwest pediatric nephrology consortium study**. Health and Quality of Life Outcomes, 2013 (<http://www.hqlo.com/content/11/1/30>).

GADEGBEKU, Crystal. **Design of the Nephrotic Syndrome Study Network (NEPTUNE) to evaluate primary glomerular nephropathy by a multidisciplinary approach**. Kidney International, 2013.

HEATHER, Beanlands; MAIONE, Maria. **Learning to live with nephrotic syndrome: experiences of adult patients and parents of children with nephrotic syndrome**. Nephrol Dial Transplant, 2017 ([hbeanlan@ryerson.ca](mailto:hbeanlan@ryerson.ca)).

MISHRA, Kirtisudha; RAMACHANDRAN, Smita; FIRDAUS, Saima et al. **The Impact of Pediatric Nephrotic Syndrome on Parents' Health-Related Quality of Life and Family Functioning: An Assessment Made by the PedsQL 4.0 Family Impact Module**. Saudi J Kidney Dis Transpl 2015;26(2):285-292.

KIRSZTAJN, Gianna. **Diretrizes brasileiras de glomerulopatias em adultos**. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2003.

LOMBEL, Rebecca; GIPSON, Debbie; HODSON, Elisabeth et al. **Treatment of steroid-sensitive nephrotic syndrome: new guidelines from KDIGO**. Pediatr Nephrol, 2013.

MAINEHEALTH. **A Guide to creating and evaluating patient materials**. Guidelines for effective print communication [Internet]. 2010.

MINISTERIO DA SAUDE; **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas –em Síndrome Nefrótica Primária em Criança e Adolescentes**. Portaria conjunta Nº 01, de 10 de janeiro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília (DF); 2010. 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MALCHER, Maria; COSTA, Luciana; LOPES, Suzana. **Comunicação da Ciência: diversas concepções de uma mesma complexidade. Animus**. Revista Interamericana de Comunicação Midiática, v. 12, n. 23, p. 59-84, 2013.

MISHRA, Kirtisudha; RAMACHANDRAN, Smita; FIRDAUS, Saima et al. **The Impact of Pediatric Nephrotic Syndrome on Parents' Health-Related Quality of Life and Family Functioning: An Assessment Made by the PedsQL 4.0 Family Impact Module**. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2015.

MECCAFFREY, James; Lennon, Raquel; Webb, Nicolas. **The non-immunosuppressive management of childhood nephrotic syndrome**. Pediatr. Nephrol., 2016 ([nicholas.webb@cmft.nhs](mailto:nicholas.webb@cmft.nhs)).

uk).

NIAUDET, Patrick. **Etiology, clinical manifestations and diagnosis of nephrotic syndrome in children.** UpToDate. Online 20.8.; MAR/2012.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem.** 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.

PASINE, Andrea et al. **The Italian Society for Pediatric Nephrology (SINePe) consensus document on the management of nephrotic syndrome in children: Part I - Diagnosis and treatment of the first episode and the first relapse.** Italian Journal of Pediatrics (2017) 43:41.

RIBEIRO, Rosa; ROCHA, Semiramis. **Enfermagem e famílias e crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado.** Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1): 112-9.

REBERTE, Luciana; HOGA, Luiza; GOMES, Ana Luisa. **Processo de construção de um livreto educativo para promoção da saúde de gestantes.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 101-108, fevereiro de 2012( <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100014>).

SELEWSKI, David et al. **Responsiveness of the PROMIS® measures to changes in disease status among pediatric nephrotic syndrome patients: a Midwest pediatric nephrology consortium study.** Health and Quality of Life Outcomes, 2017.

TESTON, Elen; OLIVEIRA, Ana Paula; MARCON, Sonia. **Necessidades de educação em saúde experiências por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

UWAEZUOKE, Samuel. **Steroid-sensitive nephrotic syndrome in children: triggers of relapse and evolving hypotheses on pathogenesis.** Italian Journal of Pediatrics, 2015.

VIEIRA, Maria; LIMA, Regina. **Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças.** Rev Latino-am Enferm., 2002.

ROTHER, Edna. **Revisão sistemática X revisão narrativa [Editorial].** Acta Paulista de Enfermagem [online], São Paulo. 2007 Jun; 20(2). [Acesso em 25 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>

SILVA, Mônica de Assis Salviano et al. - **Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância.** Acta Paul de Enfermagem. Cabedelo. Vol. 23, nº3 (2010), p.359-365. Disponível no URL:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08.pdf>>.

SOUZA, Marcia; MANDU, Edir; ELIAS, Alessandra. **Percepção de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde família.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(3): 772-9.

SOEIRO, Emilia EMD et al. **Influence of nephrotic state on the infectious profile in childhood idiopathic nephrotic syndrome.** Rev. Hosp. Clínicas Faculdade de Medicina S. Paulo, 2004.

TEOH, Chia Wei; ROBINSON, Lisa; NOONE, Damken. **Perspectives on edema in childhood nephrotic syndrome.** Am. J Physiol. Renal Physiol. 309: F575–F582, 2015.

WEGNER, Willian et al. **Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas.** Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 31, n.2 (jun. 2010), p. 335-342.

WEI, Chang-Ching; LIN, Cheng-Li; SHEN, Te-Chun; SUNG, Fung-Chang. **Occurrence of Common Allergic Diseases in Children with Idiopathic Nephrotic Syndrome.** J Epidemiol 2015;25 (5):370-377.

WEBB, Nicolas et al. **Short course daily prednisolone therapy during an upper respiratory tract infection in children with relapsing steroid-sensitive nephrotic syndrome (PREDNOS 2): protocol for a randomised controlled trial.** Trials, 2014. (<http://www.trialsjournal.com/content/15/1/147>).

## CRIAÇÃO DA LIGA DE ENFERMAGEM FORENSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Crislene de Araújo Cruz Silva**

(Universidade Tiradentes), Aracaju-SE;

**Erica Santos Silva**

(Universidade Tiradentes), Aracaju-SE;

**Juliana Prado Ribeiro Soares**

(Universidade Tiradentes), Aracaju-SE;

**Fernanda Kelly Fraga Oliveira**

(Orientadora, Universidade Tiradentes), Aracaju-SE;

**Naiane Regina Oliveira Goes Reis**

(Orientadora, Universidade Tiradentes), Aracaju-SE.

Electronic Library Online (SCIELO) e da US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED). Desenvolvimento: A procura dos cuidados de enfermagem por parte de vítimas de violência tem aumentado gradativamente, estimulando os enfermeiros a adquirir e atualizar conhecimentos na área das ciências forenses. A aplicação da ciência da enfermagem aos aspectos forenses no cuidado da saúde é chamada de enfermagem forense; esta atua em qualquer lugar onde existam pessoas em situação de violência. Conclusão: A LAEF deseja ampliar o conhecimento para a população e comunidade acadêmica sobre a área da Enfermagem Forense, mostrando sua relevância no contexto social e da saúde. Além de construir um espaço onde haja discussão do conhecimento prático e teórico de modo a fortalecer a relação do profissional/paciente nos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem Forense, Violência, Enfermeiros.

### CREATION OF FORENSIC NURSING ALLOY: AN EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** In the state of Sergipe, the average growth in cases of death from violence between 2011 and 2016 was 18%. In health services, the nursing staff faces victims of violence daily. Therefore the need to create a Forensic Nursing

**RESUMO:** No estado de Sergipe a média de crescimento dos casos de morte por violência, entre os anos de 2011 a 2016, foi de 18%. Nos serviços de saúde, a equipe de Enfermagem se depara diariamente com vítimas de violência. Por isso a necessidade de criar uma Liga de Enfermagem forense com foco em disseminar as informações que envolvem a enfermagem forense para a população. Objetivo: Mostrar a relevância que a liga de Enfermagem Forense tem diante da disseminação de informações que possuem um grande impacto social e profissional. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência, onde foi criada uma revisão não sistemática de artigos científicos, realizada nas bibliotecas/base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific

League focused on disseminating the information that involves forensic nursing to the population. OBJECTIVE: To show the relevance that the Forensic Nursing League has regarding the dissemination of information that has a great social and professional impact. METHODOLOGY: This is an experience report, where a non-systematic review of scientific articles was created, performed in the libraries / database of the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and the US National Library. of National Medicine Institutes of Health (PUBMED). DEVELOPMENT: The demand for nursing care by victims of violence has gradually increased, stimulating nurses to acquire and update knowledge in the forensic sciences. The application of nursing science to forensic aspects in health care is called forensic nursing; it operates wherever there are people in situations of violence. CONCLUSION: LAEF wishes to increase the knowledge for the population and academic community about Forensic Nursing, showing its relevance in the social and health context. In addition to building a space where there is discussion of practical and theoretical knowledge in order to strengthen the relationship of the professional / patient in health services.

**KEYWORDS:** Forensic Nursing, Violence, Nurses.

## 1 | INTRODUÇÃO

A violência vivencia um momento de alto impacto na saúde pública. No estado de Sergipe, de acordo com a Secretaria de Segurança Pública, a média de crescimento dos casos de morte por violência, entre os anos de 2011 a 2016, foi de 18%. Neste contexto é necessária uma interação entre diversas áreas do conhecimento em busca de prevenção e redução dos índices de violência (LYNCH, 2011).

Desta forma a enfermagem forense, área que advém das Ciências Forense, tem como objetivo interligar questões sociais e judiciais ao sistema de saúde (ABEN, 2015). Nos serviços de saúde, geralmente, o primeiro contato da vítima é com a equipe de enfermagem, portanto estes profissionais devem ser aptos a identificar e atuar de maneira ética e eficaz em qualquer suspeita ou confirmação de violência (GOMES, 2016).

A essência da prática do enfermeiro forense é voltada para a contribuição de uma assistência integralizada, sendo este capaz de desenvolver uma visão crítica e minuciosa para detectar esses tipos de casos. Dentre as competências que este profissional deve ter domínio para sua atuação destacam-se as principais: Preservação de vestígios, Testemunho Pericial, Investigação da Morte, Maus Tratos, Abuso Sexual, Trauma dentre outras (ABEN, 2015).

Visando aprimorar os conhecimentos e por se tratar de uma área pouco abordada durante a graduação, surgiu-se o interesse e principalmente a necessidade de difundir a temática através da criação da primeira Liga Acadêmica de Enfermagem Forense (LAEF), no Brasil.

A LAEF é uma associação científica livre, de duração indeterminada, sem fins

lucrativos, fundada em 16 de setembro de 2016 formada por acadêmicos do curso de enfermagem e orientada por docentes de enfermagem com especialização em Enfermagem Forense, com sede em Aracaju-SE na Universidade Tiradentes (UNIT), Campus Farolândia. Tem o intuito de complementar a formação acadêmica por meio de atividades, como, Aulas Abertas e Fechadas, Simpósios, Produção Científica e Atividades de Extensão, que atendem a tríade universitária: Ensino, Pesquisa e Extensão.

Foi realizado um evento de inauguração oficial da liga, afim de divulgar a importância do enfermeiro forense, onde como temática “Introdução à Prática da Enfermagem Forense” iniciando assim as atividades dentro da rede acadêmica e ampliando os conhecimentos desta área das ciências forense.

## 2 | OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo, mostrar a relevância que a liga tem diante da disseminação de informações que possuem um grande impacto social e profissional.

## 3 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, onde foi criada uma revisão não sistemática de artigos científicos, realizada nas bibliotecas/base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), publicados em ambiente nacional e internacional.

Para a estratégia de busca bibliográfica foi utilizando como descritores, de acordo com o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Enfermagem Forense”, “Violência”, “Enfermeiros” e seus correspondentes no idioma inglês e espanhol. Utilizou-se o operador booleanos “AND”, entre “Enfermagem Forense” em combinação com os demais descritores.

Foram aplicados como critérios de inclusão: disponibilidade livre e íntegra dos artigos; ter sido publicado entre os anos de 2011 e 2016, no âmbito nacional e internacional; nos idiomas inglês e/ou português e/ou espanhol.

Foram excluídos os artigos que não atenderam os critérios acima estabelecidos e àqueles que não abordavam a temática da pesquisa de forma satisfatória.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A procura dos cuidados de enfermagem por parte de vítimas de violência tem aumentado gradativamente, estimulando os enfermeiros a adquirir e atualizar

conhecimentos na área das ciências forenses (SANTOS, 2013). A aplicação da ciência da enfermagem aos aspectos forenses no cuidado da saúde é chamada de enfermagem forense; esta atua em qualquer lugar onde existam pessoas em situação de violência. O enfermeiro é responsável por examinar, coletar evidências e prestar cuidados a essas vítimas sempre com autonomia e capacidade (NERY et al., 2014).

A enfermeira Virginia Lynch criou o conceito de enfermagem forense a partir do momento que verificou em sua vivência que durante a prestação de cuidados, os profissionais de saúde destruíam evidências e provas (BAUMANN; STARK, 2015). Em situações como esta, o enfermeiro forense deve agir de maneira consciente, embasado em conhecimentos científicos forenses e associá-los junto à humanização, até mesmo para evitar erros cometidos por estes profissionais (SANTOS, 2013).

## 5 | CONCLUSÕES

A LAEF deseja ampliar o conhecimento para a população e comunidade acadêmica sobre essa área da enfermagem, mostrando sua relevância no contexto social e da saúde. Além de construir um espaço onde haja discussão do conhecimento prático e teórico de modo a fortalecer a relação e revelar a necessidade da interação do profissional/paciente/família no âmbito dos serviços de saúde.

Além disso, com o presente estudo é possível incentivar o desenvolvimento de investigações na área forense, alargar a rede de prevenção da violência nas comunidades com envolvimento dos enfermeiros, a nível de instituições de educação e apoio e sensibilizar a Ordem dos Enfermeiros para a importância do estabelecimento da Enfermagem Forense como uma área de prioritária na prática da Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ABEN. **Associação Brasileira de Enfermagem Forense: Regulamento Das Competências Técnicas Da Enfermagem Forense**. Aracaju, 2015. Disponível em: <<http://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Compet%C3%A3ncias-Tecnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

BARROSO, I. M. A. R. DA C. “**O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem- Estudo sobre Experiências de Aprendizagem, Situações e Factores Geradores de Stress dos Estudantes**”. 7 fev. 2011.

BAUMANN, R.; STARK, S. The role of forensic death investigators interacting with the survivors of death by homicide and suicide. **Journal of Forensic Nursing**, v. 11, n. 1, p. 28–32, mar. 2015.

GOMES, C. I. DE A. **Preservação dos vestígios forenses :lbcconhecimentos e práticas dos enfermeiros do serviço de urgência e/ou emergência**. dez. 2016.

KENT-WILKINSON, A. Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 18, n. 3, p. 236–246, 1 abr. 2011.

LYNCH, V. A. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. **Egyptian Journal of Forensic Sciences**, v. 1, n. 2, p. 69–76, jun. 2011.

NERY, T. P. DE A. B. et al. Possibilidades de uma enfermagem forense em hospital de urgência. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 3, p. 61–70, 14 out. 2014.

SANTOS, C. DOS. **Contributos para a implementação da enfermagem forense em Portugal**. 2013.

## CURRÍCULO PARALELO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DO NORTE DE MINAS GERAIS

### **Gabriella Gonçalves Coutinho**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Enfermagem  
Montes Claros – Minas Gerais

### **Maria Madalena Soares Benício**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Medicina  
Montes Claros – Minas Gerais

### **Thiago Braga Veloso**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Odontologia  
Montes Claros – Minas Gerais

### **Edileuza Teixeira Santana**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Enfermagem  
Montes Claros – Minas Gerais

### **Orlene Veloso Dias**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Enfermagem  
Montes Claros – Minas Gerais

### **Danilo Cangussu Mendes**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Odontologia  
Montes Claros – Minas Gerais

### **Viviane Braga Lima Fernandes**

Universidade Estadual de Montes Claros –  
Medicina  
Montes Claros – Minas Gerais

são pilares indissociáveis e interdependentes no processo de ensino/aprendizagem e permitem ao estudante um perfil mais ativo, indagador e construtor do seu próprio conhecimento. Este estudo tem por objetivo identificar o currículo paralelo de estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros. Trata-se de estudo transversal, de abordagem quantitativa. As informações foram extraídas dos currículos Lattes dos estudantes de Enfermagem, após autorização da Direção do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade. O instrumento para coleta de dados foi construído pelos próprios autores, a fim de atender os objetivos propostos. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e obteve o parecer consubstanciado. Foram identificados 199 estudantes matriculados no curso de Enfermagem. Desses, 19 não possuíam cadastro na plataforma Lattes, por isso foram excluídos da pesquisa. Ao total foram analisados 180 currículos e observou-se que as principais subáreas de interesse são Saúde da Criança/Adolescente e Saúde da Mulher e as de menor procura foram Saúde do Trabalhador, Gestão em Saúde e Ética/Bioética. Os graduandos, em sua maioria, buscam realizar atividades extracurriculares, o que torna um diferencial em seus currículos.

**RESUMO:** O ensino, a pesquisa e a extensão

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação. Currículo. Enfermagem.

## PARALLEL CURRICULUM OF NURSING SCHOLARS TO A PUBLIC INSTITUTION IN THE NORTH OF MINAS GERAIS

**ABSTRACT:** The teaching, research and extension are inseparable and interdependent pillars in the teaching/learning process, allow the student profile active, enquiring and constructor of your own knowledge. This study aims to identify the parallel curriculum of Nursing course students at the State University of Montes Claros. This is a cross-sectional study, a quantitative approach. The information has been extracted from Lattes curriculum of nursing students, after authorization by the Director of the Center for life sciences and health of the University. The data collection instrument was built by the authors themselves, in order to meet the objectives proposed. Quantitative data were submitted to descriptive statistical analysis. The research was submitted to the Committee of ethics in research and obtained the opinion embodied. Were identified 199 students enrolled in Nursing course. Of these, 19 did not have registration in Lattes platform, so were excluded from the research. The total 180 were analyzed curricula and noted that the main sub-areas of interest are the child/Teen Health and women's health and the lower demand were workers ' health, Health Management and ethics/ Bioethics. The students, in your most, seek to carry out extracurricular activities, what makes a difference in their resumes.

**KEYWORDS:** Education. Curriculum. Nursing.

### 1 | INTRODUÇÃO

O ensino, a pesquisa e a extensão são pilares indissociáveis e interdependentes no processo de ensino/aprendizagem e permitem ao estudante um perfil ativo, indagador e construtor do seu próprio conhecimento (PUCCINI *et al.*, 2008).

Ao longo da história, a Enfermagem foi estabelecida como uma ciência, passando de ocupação altruísta e empírica, para uma profissão com bases teóricas científicas, com teorias próprias de desenvolvimento profissional, ancoradas no desenvolvimento político e nas teorias de aprendizagem e curriculares, com procedimentos metodológicos (SILVA, 2017).

Para evoluir no campo das ciências e valorização social, o enfermeiro tem buscado desenvolver competências que se adequem às necessidades atuais dos sistemas de saúde e cuidados, entre essas, a autonomia científica que respalde sua prática (SILVA *et al.*, 2017). Dessa forma, é importante o ensino da pesquisa na formação profissional, considerando a complexidade do conhecimento (DEMO, 2015).

A prática científica do enfermeiro tem uma importante relação com o incentivo à pesquisa, ainda durante a graduação. Sendo assim, devem ser desenvolvidas competências em uma perspectiva de processo, que se inicia com a identificação das

particularidades de cada aluno e se estende ao conjunto de estratégias que podem possibilitar a emergência e/ou aperfeiçoamento das habilidades e conhecimentos mediante o aprendizado por meio da pesquisa. Desse modo, será possível obter conexões eficazes entre a ciência e a assistência de enfermagem (SILVA *et al.*, 2017).

Os currículos dos cursos de graduação da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, especificamente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, foram formulados a partir da realidade social e do interesse regional permeado pela participação docente-estudantil e reflexão coletiva – produtos de Oficinas Pedagógicas. Nesse contexto, acredita-se que os cursos de graduação da Unimontes contribuem para que a Universidade cumpra sua missão (UNIMONTES, 2015).

Todavia, é perceptível que parte significativa dos acadêmicos buscam conhecimentos extracurriculares, pois consideram necessário complementar sua formação, para além da oferecida na universidade. Diante disso, surge o currículo paralelo, atividades extracurriculares de caráter não obrigatório, realizadas fora do ambiente universitário (TAVARES *et al.*, 2007). É realizado simultaneamente ao currículo formal pré-estabelecido pela universidade constituindo assim um paralelismo, explicação para tal denominação (PERES *et al.*, 2007).

É válido para o estudante buscar áreas para colocar em prática o que é visto às vezes de maneira insuficiente dentro da faculdade. Por outro lado, é necessário se ater para que o extracurricular não interfira na qualidade do aprendizado curricular e nem na qualidade de vida do acadêmico (TAVARES *et al.*, 2007).

Os estudantes têm oportunidades de participar de atividades extracurriculares, tanto nos serviços públicos, como nos serviços privados. Desde 2003, os Ministérios da Saúde e da Educação, tem buscado reorientar a formação profissional, por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde para todos os cursos da área da saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Tais programas proporcionam ações complementares às diretrizes curriculares nacionais, objetivando inserir profissionais de saúde no serviço em prol da comunidade (BRASIL, 2007; 2008).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde preocupada com os modelos de atenção à saúde focados na ação curativista e com a extensa carga horária teórica descrita nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação da saúde, instituiu o PET-Saúde como estratégia para potencializar o Pró-Saúde e agregar às Universidades (CEZARIO, 2013).

O PET-Saúde foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, sendo desenvolvido por Universidades em parceria com as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde. Iniciativa voltada para alunos de graduação tem como intuito o fortalecimento das ações de integração ensino-serviço-comunidade por meio de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa, a extensão universitária e a participação social (BRASIL, 2016).

Tendo em vista a interferência, tanto positiva quanto negativa que as atividades

extracurriculares podem trazer aos estudantes, e observando ainda a pequena quantidade de pesquisas sobre o tema, justifica-se esse estudo pela importância de explorar as repercuções que essas atividades tem na futura vida profissional dos acadêmicos. Além disso, ter conhecimento sobre o que os alunos estão buscando nos espaços fora dos limites universitários pode guiar a própria Universidade a propor alterações em seus respectivos projetos político-pedagógicos no sentido de se buscar a excelência do curso em questão.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo analisar o currículo paralelo de estudantes do curso de Enfermagem da Unimontes.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, na qual foram avaliadas as atividades extracurriculares dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

A pesquisa foi iniciada durante as atividades do PET-Saúde como produto exigido pelo programa.

Neste estudo, a pesquisa foi censitária, ou seja, trabalhou com o universo de casos. A Coleta de Dados foi obtida por meio do Currículo *Lattes* dos estudantes. Este currículo foi elaborado nos padrões da Plataforma *Lattes*, desenvolvida pela CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Nele podem ser encontrados registros profissionais e trabalhos acadêmicos dos estudantes, com isso surge o currículo paralelo, com as atividades extracurriculares de caráter não obrigatório, cumpridas pelos estudantes fora do ambiente universitário. Os trabalhos e projetos de pesquisa científicas dos alunos foram consultados e analisados para extração das informações necessárias aos objetivos desta proposta.

Para fazer a consulta do Currículo *Lattes*, foi necessário ter acesso aos nomes completos dos estudantes que participaram da pesquisa, obtidos via Secretaria Geral da Unimontes. Nessa perspectiva, os currículos foram consultados após autorização da coordenação do curso de Enfermagem da Unimontes. O acesso aos dados foi precedido de autorização da Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) - Unimontes, por meio do Termo de Consentimento de Acesso aos dados Institucional.

Foi investigado na plataforma *Lattes* a existência de cadastro de todos os acadêmicos matriculados no curso de Enfermagem da Unimontes, do 1º ao 8º períodos, totalizando 199 alunos. Foram identificados 180 currículos, que passaram por análise para coleta de dados, conforme roteiro elaborado pelos pesquisadores. Os alunos não encontrados na plataforma foram novamente pesquisados por mais duas vezes cada, em dias diferentes, para confirmação da não existência do currículo *Lattes* desses acadêmicos.

As variáveis de estudo foram as seguintes: período, número de participações em publicações científicas, número de participações em programas/projetos de extensão, números de participações em eventos científicos e as áreas e subáreas do conhecimento conforme classificação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

Os dados foram organizados em um banco de dados e submetidos à análise estatística descritiva. A análise estatística viabilizou a construção de gráficos e tabelas, considerando o objetivo proposto nessa pesquisa.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Foi obtido o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes, de número 2.896.729. A pesquisa trata de manuseio de dados secundários publicados pela plataforma lattes e por isto foi obtido o Termo de Concordância Institucional da Unimontes e assinada uma declaração pelos pesquisadores que fizeram a coleta de dados, com o compromisso pelo adequado manuseio dos dados. O anonimato e o sigilo das informações fornecidas foram preservados e utilizados exclusivamente para fins científicos.

### 3 | RESULTADOS

No gráfico I é apresentada a análise do número de participações em publicações científicas por período dos estudantes do curso de Graduação em Enfermagem. O 8º período possui o maior número de participações, totalizando 138, seguido do 7º período, com 111 participações e 6º período com o total de 77 participações, nos períodos anteriores observa-se uma significativa redução das participações em publicações científicas, sendo o 1º período com o menor número, apenas uma participação.

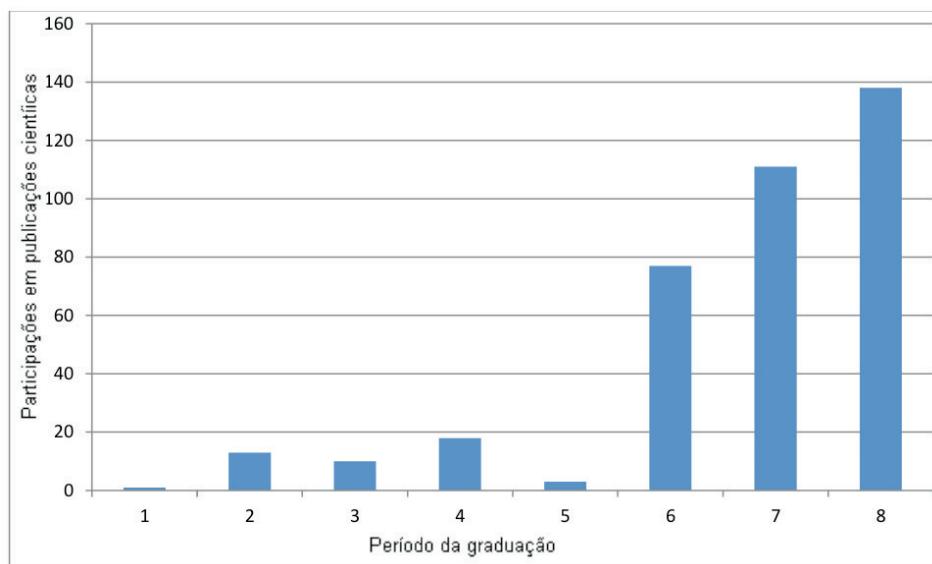


Gráfico I: Distribuição das participações em publicações científicas por período dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, 2014-2019.

Fonte: Plataforma Lattes, 2019.

Em relação ao número de participações em programas/projetos de extensão, o 7º período tem 15 participações, sendo esse o maior número, em seguida o 6º período, com 11 participações e o 2º período possui 8 participações, nota-se que o 8º período possui baixa adesão a programas/projetos de extensão, quando comparado às suas publicações, com apenas 7 participações, e nenhuma participação do 1º período.

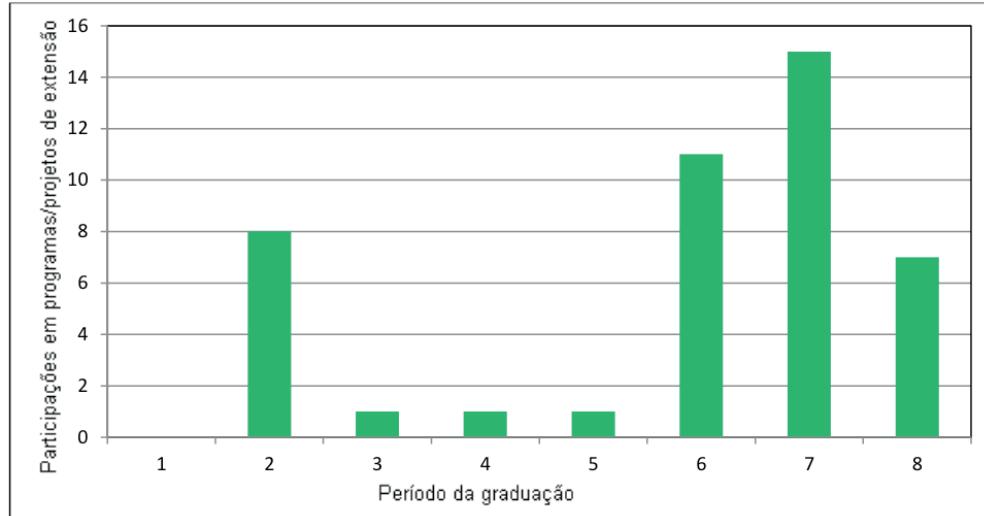


Gráfico II: Distribuição das participações em programas/projetos de extensão por período dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, 2014-2019.

Fonte: Plataforma *Lattes*, 2019.

O gráfico III apresenta o número de participações em eventos científicos, observando-se uma tendência crescente do 1º ao 8º período, com picos no 8º (146 participações) e 7º (142 participações). Os períodos iniciais têm os menores números, sendo o 1º o menor de todos com 19 participações.

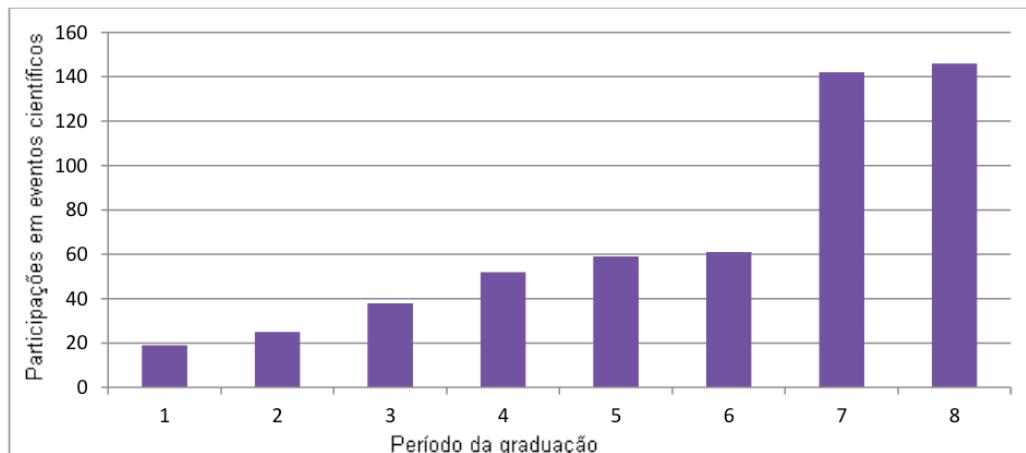


Gráfico III: Distribuição das participações em eventos científicos por período dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, 2014-2019.

Fonte: Plataforma *Lattes*, 2019.

Na análise dos tipos de publicações dos acadêmicos de enfermagem, 58% do

total das publicações são resumos simples, seguido de resumos expandidos que representam 33%, e os artigos científicos totalizam 9% das publicações.



Gráfico IV: Distribuição dos tipos de publicações científicas dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, 2014-2019.

Fonte: Plataforma *Lattes*, 2019.

Em relação às subáreas de interesse dos acadêmicos de enfermagem, observou-se que os maiores interesse dos estudantes foram em saúde da criança/adolescente, saúde da mulher e atenção primária a saúde (APS), em contrapartida as subáreas de menor procura dos alunos foram Gestão e Saúde do Trabalhador.

Subáreas	Percentual de interesse
<b>Saúde da Criança/Adolescente</b>	13,2%
<b>Saúde da Mulher</b>	12,5%
<b>Urgência e Emergência</b>	12,2%
<b>APS</b>	11,6%
<b>Estomaterapia</b>	11,5%
<b>Saúde Coletiva</b>	8,8%
<b>Saúde Mental</b>	7,8%
<b>Saúde do Adulto</b>	6,2%
<b>Saúde do Idoso</b>	4,2%
<b>SAE</b>	4,1%
<b>Ética/Bioética</b>	3,3%
<b>Gestão</b>	2,5%
<b>Saúde do Trabalhador</b>	1,9%

Tabela I: Distribuição do percentual de interesse por subárea do conhecimento dos estudantes de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, 2014-2019.

Fonte: Plataforma *Lattes*, 2019.

## 4 | DISCUSSÃO

No contexto universitário, o currículo da graduação é constituído por um currículo formal, composto por conteúdos didáticos e atividades práticas, estabelecido oficialmente pelas universidades, e pelo currículo paralelo, formado por atividades extracurriculares que os acadêmicos buscam desenvolver participar por iniciativa própria (FERREIRA *et al.*, 2016).

As participações dos acadêmicos em publicações científicas, programas/projetos de extensão e eventos científicos se acumulam conforme o decorrer dos períodos. Nos primeiros períodos da graduação a participação dos alunos em atividades extracurriculares é menor, isso ocorre, porque no início do curso, as disciplinas devem abordar conteúdos teóricos e experiências práticas para que, com o seguimento da graduação, o acadêmico entre em contato com a realidade de sua área, participando de atividades extracurriculares que possibilitem sua inserção no mercado de trabalho como profissionais capacitados, após a conclusão do curso (SAMPAIO, SILVA, CORREA, 2017).

A partir da análise, foi constatado um maior envolvimento dos acadêmicos de enfermagem com pesquisas e publicações científicas e menor envolvimento com programas de extensão. Isso pode ser explicado, em parte, pelos programas de Iniciação Científica (IC) disponibilizados pela universidade, alguns com bolsas. Dessa forma, a inserção dos estudantes em projetos de pesquisa e iniciações científicas, contribui no processo educacional, bem como no favorecimento das relações interpessoais e interdisciplinares, além de proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e aumentar o aprendizado científico. Através desse processo, os acadêmicos podem obter conhecimentos que ultrapassam os da graduação, o que pode refletir na sua vida profissional futura (SOBRAL, SANTOS, TORALES, 2016).

No curso de enfermagem da UNIMONTES há uma boa adesão a eventos científicos. Os acadêmicos, a partir do primeiro período da graduação, começam a participar de eventos como congressos, simpósios, mostras científicas e seminários. Grande parte desses eventos possuem anais, onde são publicados resumos, incentivando a escrita de resumos simples e expandidos pelos graduandos. Já os artigos científicos, possuem uma maior complexidade na escrita e um processo mais longo e burocrático para serem aceitos pelas revistas científicas, consequentemente, são menos publicados pelos acadêmicos.

Foi observado que as subáreas de maior interesse dos graduandos são aquelas que possuem projetos de extensão na área, desse modo, os alunos são incentivados a realizar pesquisas e participar de eventos relacionados a temas específicos dessas subáreas. Além da extensão, os Programas de Residência em Enfermagem na universidade, também se destacam entre a preferência dos estudantes, visto que, futuramente, podem representar uma forma de ingresso no mercado de trabalho.

Ao participar de programas/projetos de extensão, os acadêmicos, além de

melhorar o seu currículo *Lattes*, realizam diversas atividades e são estimulados a refletir de forma crítica e criativa. Dessa forma, novas práticas de ensino-aprendizagem podem ser desenvolvidas o que possibilita uma formação em saúde diferenciada. As ações de extensão favorecem a formação de senso crítico, responsabilidade e comunicação nos estudantes, além de aumentar o conhecimento teórico-prático (MERCÊS *et al.*, 2018).

Uma pesquisa desenvolvida em uma universidade no interior do Rio Grande do Sul demonstrou que a busca por atividades extracurriculares, se inicia a partir do reconhecimento da importância de assumir uma maior responsabilidade pela trajetória profissional. Os acadêmicos que observam que nem todos os conteúdos necessários para sua formação adequada serão trabalhados durante a graduação, tendem a buscar conhecimentos de outras maneiras. Essa procura muitas vezes ocorre por meio de participação em atividades complementares e pode contribuir para aumentar a afinidade dos estudantes com o curso e, por consequência, favorece a adaptação acadêmica dos alunos (OLIVEIRA, SANTOS, DIAS, 2016).

Em estudo realizado na Universidade Salvador, foi observada correlação positiva forte de que a participação dos estudantes em atividades paralelas ao curso tem efeito correspondente sobre seus desempenhos na universidade (PEREIRA *et al.*, 2017). Desse modo, o desenvolvimento de atividades que complementem o currículo da graduação é uma ferramenta significativa para o enriquecimento dos projetos pedagógicos dos cursos. A percepção de que, com a prática de ações complementares, os alunos vivenciam sua futura profissão e melhoram o seu programa do curso, fortalece as relações da escola e a comunidade (BUSSOLOTTI *et al.*, 2016).

Os graduandos, em sua maioria, buscam realizar atividades extracurriculares a fim suprir eventuais falhas e necessidades não contempladas durante a graduação e como um diferencial em seus currículos, possibilita o aperfeiçoamento de habilidades, competências, conhecimento e pensamento crítico avançado para além do conteúdo formal ofertado pela universidade (FERREIRA *et al.*, 2016; MARGARIDO, 2013).

As atividades extracurriculares não podem ter apenas o objetivo de agregar a graduação. Elas devem ser atividades que interajam com as demais atividades de formação desenvolvidas pelos acadêmicos, sendo imprescindíveis para que o estudante desenvolva competências profissionais necessárias a sua prática (BUSSOLOTTI *et al.*, 2016).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, constata-se que os acadêmicos buscam as atividades complementares para ampliação e enriquecimento de sua formação e desenvolvimento de suas habilidades e competências.

Os primeiros períodos da graduação foram as fases nas quais as participações

dos alunos em publicações científicas, programas de extensão e eventos científicos foram menores. Pode-se inferir que durante todo o seguimento da graduação, os estudantes são estimulados a busca do conhecimento como forma de desenvolvimento técnico-científico bem fundamentado e consciência social. Por este aspecto, as atividades extracurriculares exercem função complementar à formação integral, o que possibilita o aprimoramento da autonomia e proatividade dos futuros profissionais.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. *Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde*. Diário Oficial, Brasília: Ministério da Saúde/Educação; 2008.
- BRASIL. Portaria interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. *Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde para os cursos de graduação da área da saúde*. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde/Educação; 2007.
- BRASIL. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde*. 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/485-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/pet-saude/l1-pet-saude/19999-pet-saude>. Acesso em: 14 Dez 2018.
- BUSSOLOTTI, J. M. A importância das atividades complementares no processo de aprendizado: percepção dos alunos de cursos de educação a distância da universidade de Taubaté. Taubaté, 2016. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2016/trabalhos/137.pdf>. Acesso em: 20 Jul 2019.
- CEZARIO, J. E. P. O Desafio da Articulação entre a Formação em Saúde e a Integração Ensino-Serviço. Tese (Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa). Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2013.
- DEMO, P. Aprender como autor. Atlas, p. 208, São Paulo, 2015.
- FERREIRA, I. G. et al. Atividades extracurriculares e formação médica: diversidade e flexibilidade curricular. *Interdisciplinary Journal of Health Education*, v. 1, n. 2, p. 115-124, 2016.
- MARGARIDA, M. R. Atividades extracurriculares, uma opinião. *Revista Medicina*, Ribeirão Preto, v. 46, n. 1, p. 56-58, 2013.
- MECÊS, M.O. et al. Ação de extensão de uma liga acadêmica: ensinando primeiros socorros. *Revista Extensão em Debate*, Maceió, v. 2, n. 1, p. 142-156, 2018.
- OLIVEIRA, C. T.; SANTOS, A. S.; DIAS, A. C. G. Percepções de Estudantes Universitários sobre a Realização de Atividades Extracurriculares na Graduação. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 4, p. 864-876, 2016.
- PEREIRA, A. F. A. A importância das atividades extracurriculares no desempenho acadêmico de estudantes da área de saúde. In: XI Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. 2017.
- PERES, C.M.; ANDRADE, A.S.; GARCIA, S.B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. *Revista Brasileira. Educação. Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 203-211, 2007.
- PUCCINI, R.F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A.; JORGE, M. R. O curso médico na Universidade Federal de São Paulo: perspectivas. In: PUCCINI, R.F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. (orgs). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social* [online]. São Paulo: Editora Unifesp,

2008. p.291-302.

SAMPAIO, A. S.; SILVA, A.; CORREA, J. C. S. Um breve histórico das atividades extracurricular na formação do enfermeiro enquanto prática acadêmica. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, v. 3, n. 4, p. 124-137, 2017.

SILVA, I.R. *et al.* Aprender pela pesquisa: do ensino da ciência ao campo assistencial da enfermagem. *Revista Escola Anna Nery*, v.21, n.4, 2017.

SILVA, M.B.T. Inserção do acadêmico de enfermagem em atividades de pesquisa e extensão universitária: uma estratégia de ensino. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SOBRAL, H. C. F.; SANTOS, I. H. F.; TORALES, A. P. B. Relato de experiência: a iniciação científica na vida acadêmica: Experiência acadêmica. In: GT10 - Práticas Investigativas na Educação Superior, 2016.

TAVARES, A.P *et al.* O "Currículo Paralelo" dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Educação médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 254-265, 2007.

TAVARES, C.H.F *et al.* O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas. *Revista Brasileira de Educação médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 245-253, Dec. 2007.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS. Histórico da Unimontes. 2016. Disponível em: <http://www.unimontes.br/index.php/institucional/historico-da-unimontes> Acesso em: 01 Out 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS. Projeto Político Pedagógico da Enfermagem. 2015.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA

### **Katariny de Veras Brito**

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Rosany Casado de Freitas Silva**

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Josefa Jaqueline de Sousa**

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Talita Costa Soares Silva**

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Girlene Moreno de Albuquerque**

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Katiane da Silva Gomes**

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Maria Vitória da Silva Mendes**

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Josefa Danielma Lopes Ferreira**

Enfermeira, Mestre Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso pela UFPB, Professora do curso de graduação em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

### **Shirley Antas de Lima**

Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI, Professora do curso de graduação em Enfermagem pela UNINASSAU-JP

da consulta de enfermagem e as práticas de educação em saúde para os clientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na Atenção Básica. **MÉTODO:** Tratou-se de uma revisão integrativa, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios de inclusão foram: artigos científicos disponíveis na íntegra publicados no período de 2010 a 2018, português, artigo e que responda à pergunta norteadora. Os critérios de exclusão foram: artigos científicos com títulos repetidos, que não estejam publicados entre os anos citados acima e não respondam à pergunta norteadora da pesquisa, resultou em uma amostra final de 11 artigos. **RESULTADOS:** Dos 11 artigos que compuseram a amostra 27,27% (n=3) foram publicados em 2015. Em relação ao periódico 18,18% (n=2) foram a revista Gaúcha e Ciências e Cuidado, o tipo de estudo foi o descritivo com 54,54% (n=6). A base de dados onde foram encontrados mais artigos foi a LILACS 70% (n=8). Com duas categorias temáticas para contemplar a discussão: Educação em Saúde ao paciente com DCNT e Consulta de Enfermagem e adesão ao tratamento do paciente com DCNT. **CONCLUSÃO:** A análise temática evidenciou que a educativa em saúde é primordial no cuidado trazendo melhora no quadro clínico dos clientes com DCNT, tendo assim resultados satisfatório na mudança do estilo de vida dos indivíduos.

**RESUMO:** A educação em saúde é uma das principais intervenções no processo do cuidar de enfermagem que busca promover a saúde e prevenir as doenças nos diversos níveis de complexidade do processo saúde-doença. **OBJETIVO:** Identificar a importância

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde. Cuidados de enfermagem. Doenças crônicas.

## HEALTH EDUCATION: NURSING STRATEGIES FOR THE CARE OF NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASES IN BASIC CARE

**ABSTRACT:** Health education is one of the main interventions in the nursing care process that seeks to promote health and prevent disease at various levels of complexity of the health-disease process. **OBJECTIVE:** To identify the importance of nursing consultation and health education practices for clients with chronic diseases (CD) in primary care. **METHOD:** This was an integrative review, performed at the Virtual Health Library (VHL). Inclusion criteria were: scientific articles available in full published from 2010 to 2018, Portuguese, article and answering the guiding question. Exclusion criteria were: scientific articles with repeated titles that were not published between the years mentioned above and did not answer the guiding question of the research, resulting in a final sample of 11 articles. **RESULTS:** Of the 11 articles that comprised the sample, 27.27% (n = 3) were published in 2015. Regarding the journal 18.18% (n = 2) were the journal Gaúcha e Ciências e Care, the type of study was the descriptive with 54.54% (n = 6). The database where the most articles were found was LILACS 70% (n = 8). With two thematic categories to address the discussion: Health Education for patients with CD and Nursing Consultation and adherence to treatment of patients with CD. **CONCLUSION:** The thematic analysis showed that health education is paramount in care, bringing improvement in the clinical condition of clients with CD, thus having satisfactory results in changing the lifestyle of individuals.

**KEYWORDS:** Health education. Nursing care. Chronic diseases.

### INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil evoluiu ao longo do tempo e com ela veio a descoberta de doenças específicas fazendo com que os enfermeiros aderissem a ações de promoção e prevenção das doenças, a partir de discussões, conferências e estabelecimento de metas, mantendo assim um controle de incidências e melhorando a qualidade de vida da população (CARLOS NETO, DENDASK, OLIVEIRA, 2016).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é um problema de saúde global, com grande impacto de envelhecimento populacional causando mortalidade e incapacidade. Evidências indicam que esse cenário atinge principalmente usuários que moram em regiões de risco e vulnerabilidade, a partir daí a Atenção Básica (AB) em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizam a cobertura em relação aos cuidados (SILVA et al., 2017).

Em 2012, as DCNT foram responsáveis por 16 milhões de óbitos, ou seja, 42% da população. Esses dados podem ser reduzidos mediante planejamento, execução de atividades e monitoramento para a prevenção e o controle das doenças crônicas

(BRASIL, 2015).

Diante destes dados a promoção da saúde é tida como um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, garantindo assim a todas as pessoas o acesso as ações e serviços das Unidades de Saúde da Família (CARLOS NETO, DENDASK, OLIVEIRA, 2016).

O Sistema de Saúde deve focar primeiramente nos fatores de risco que podem ser mudados (uso abusivo de álcool, tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável). Dessa forma, o profissional de saúde poderá fazer uma análise do perfil do usuário e planejar intervenções visando a prevenção e o controle das doenças crônicas (BRASIL, 2014).

Desde 2005 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em conjunto com Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceram políticas setoriais para estimular o desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças. Essas ações e estratégias consolidam a política que visa a saúde de cada indivíduo. Ao observar os programas de promoção e prevenção de saúde pode-se perceber o seu crescimento e avanço em todo o país (BRASIL, 2014).

A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva. A prática educativa na ESF torna-se uma atividade de suma importância, pois possibilita a intermediação dos profissionais de saúde/enfermeiro com a comunidade. Oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, na prevenção de agravos e também como meio para o fortalecimento, enquanto cidadão (BRASIL, 2007).

Sendo assim as ações educativas compreenderiam uma “nova perspectiva de promoção da saúde”, que visa alcançar um “novo processo de saúde-doença”, para que as pessoas saudáveis possam cuidar melhor de sua saúde, inserindo mais práticas de promoção da saúde em seu dia a dia. Essa perspectiva proposta busca o rompimento do paradigma biomédico, como também, um cuidar das pessoas saudáveis em seu processo de viver (RAMOS et al., 2018).

É excepcional estimular a importância das práticas educativas aos usuários para melhorar a qualidade de vida e manter uma vida saudável, através de trabalhos em grupo que também podem trazer resultados positivos, ajudando no seu autocuidado (BARROS, CARNEIROS, SANTOS, 2011).

Ao evidenciar as DCNT, o cuidado aos clientes deve ser absoluto, sempre procurando estratégias para diminuir a incidência e mortalidade de novos casos garantindo assim uma melhor qualidade de vida. O enfermeiro em sua atuação, realiza ações de Educação em Saúde, promovendo hábitos saudáveis em relação a alimentação e atividade física e orientando o indivíduo a reduzir o uso do consumo de álcool e tabagismo. Deve-se também fortalecer o conhecimento do usuário sobre a doença e orientar o autocuidado. (BRASIL, 2013).

A justificativa para o tema, veio pelo interesse em saber quais as dificuldades e abordagens que os enfermeiros tem em relação aos clientes com DCNT e a sua importância para promover a educação em saúde, e a partir daí, propor medidas visando evitar o agravamento das mesmas.

Na presença de fatores que levam ao aumento de pessoas com DCNT, levanta-se o seguinte questionamento: Quais as estratégias relacionadas a educação em saúde que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para ofertar o cuidado aos pacientes com DCNT?

O objetivo desta pesquisa é identificar a importância da consulta de enfermagem e as práticas de educação em saúde utilizada pelo enfermeiro no cuidado aos clientes com DCNT na Atenção Básica.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelas autoras por ocasião da realização de uma revisão integrativa da literatura (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Realizou-se uma revisão sobre as Intervenções de Enfermagem na prevenção do desmame precoce no contexto nacional, na área de saúde. Esse método permite "[...] a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado" (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para busca de dados, foi realizado um levantamento durante o mês Setembro de 2018 através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), com uso nos descritores catalogados em Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Educação em Saúde, Cuidados de Enfermagem, Doenças Crônicas. Foi utilizado os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra publicados entre os anos de 2008 a 2018, no idioma português, do tipo artigo e que respondesse à pergunta norteadora da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos científicos que apresentam títulos repetidos, que não estejam publicados entre os anos citados acima e não respondam à pergunta norteadora da pesquisa.

Através da população de 42 artigos, foi realizada a leitura dos títulos dos estudos disponíveis onde 13 não se enquadram ao tema proposto, 12 apresentam repetição de títulos, restando 17 artigos. Ao realizar a leitura dos resumos foram excluídos 06 estudos por não apresentarem respostas que norteiam a pesquisa, após a leitura na íntegra ficaram apenas 11 estudos para a pesquisa.

## RESULTADOS

CÓD.	TÍTULO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
A1	Consulta de enfermagem na perspectiva de usuários com Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família	ALENCAR D. C. et al.,2017.	Revista Enfermagem UFPE on line	Estudo Descritivo e exploratório	BDENF
A2	Percepção dos usuários insulino dependentes não controlados quanto ao tratamento para o Diabetes Mellitus tipo 2	MARQUES C. R.,2017.	Revista APS	Pesquisa descritiva e exploratória	LILACS
A3	Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com Diabetes Mellitus assistidos pela atenção primária a saúde	CAMPOS T. S. P. et al.,2016.	Journal of Health and Biological Sciences	Pesquisa exploratória e descritiva	LILACS
A4	Significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros que atuam na saúde pública	VASCONCELOS C. L. B. et al.,2016.	Revista da SPAGESP	Pesquisa descritiva	LILACS
A5	Protocolos clínicos na orientação de pessoas com doença crônica	MANTOVANI M. F. et al.,2015.	Cogitare Enfermagem	Estudo Descritivo	LILACS
A6	Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no Hiperdia	RETICENA K. O. et al.,2015.	Revista Mineira de Enfermagem	Pesquisa Descritiva e exploratória	LILACS
A7	Projeto comunidade em movimento: a experiência multiprofissional na Atenção Primária a Saúde	RAVAGNANI C. F. C. et al.,2015.	Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde	Estudo descritivo	LILACS
A8	Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem	ULBRICH E. M. et al.,2012.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa de intervenção	LILACS
A9	As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa	MANTOVANI M. F. et al.,2011.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Pesquisa exploratória	BDENF
A10	Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas	MUNARI D. B. et al.,2009.	Ciência, Cuidado e Saúde	Estudo Descritivo	BDENF
A11	Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência a atenção primária a saúde	SOUZA A. C. de. et al.,2008.	Ciência, Cuidado e Saúde	Estudo Descritivo	LILACS

QUADRO 01: Descrição dos artigos selecionados com amostra de revisão integrativa.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018. \*A – artigo.

Em relação aos anos de publicação em 2015 houve um maior quantitativo de publicações referente a temática abordada na referente pesquisa, com um percentual de 27,27% (n=3). Já nos anos de 2016 e 2017 obteve-se uma menor de publicações, com um valor de 18,18% (n=2) cada, e os anos 2012, 2011, 2009 e 2008 obtiveram o mesmo percentual, de 9,09% (1), conforme mostra o gráfico 1.



Gráfico 01 – Anos de Publicação.

Fonte: Própria, 2018.

Através da pesquisa realizada na BVS, percebeu-se que a Revista Gaúcha e Ciências e Cuidado ambas tiveram um maior número de publicações voltadas a temática da pesquisa, atingiu um percentual de 18,18% (n=2) conforme o gráfico 02.

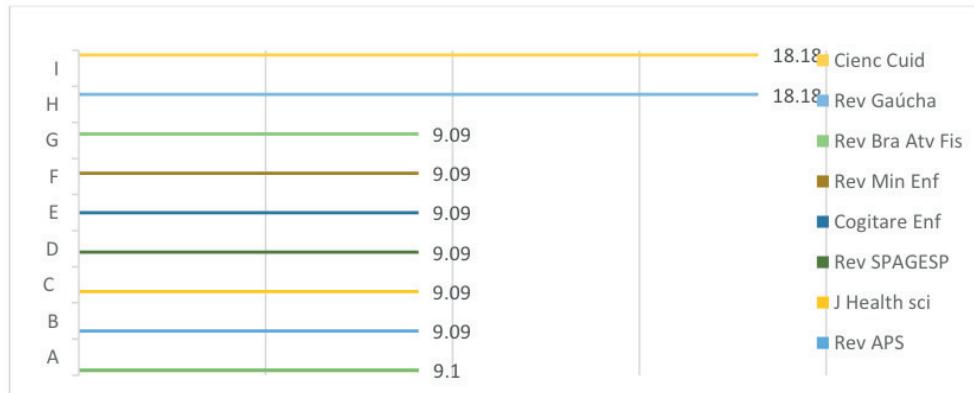


Gráfico 2 – Periódicos presentes na pesquisa

Fonte: Própria, 2018.

Diante do gráfico 3 percebe-se que 70% (n=8) dos estudos foram encontrados na base de dados LILACS e 30% (n=3), BDENF, sendo assim identifica-se que a primeira obteve mais publicações sobre a temática abordada.

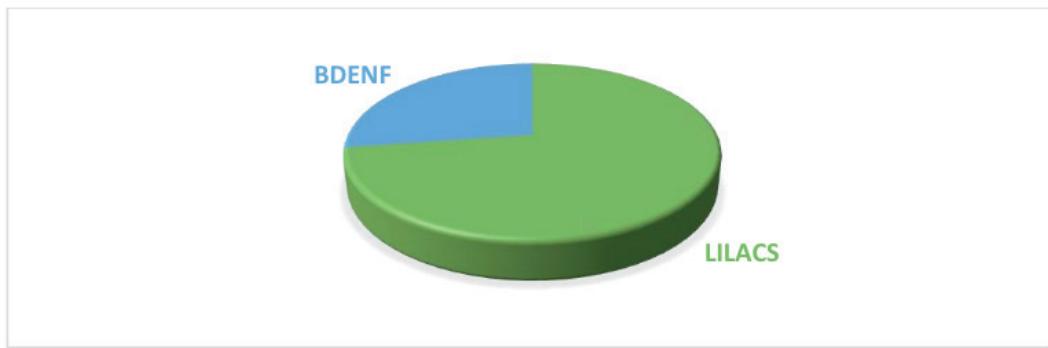


Gráfico 3 – Bases de dados presentes na pesquisa.

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao tipo de estudo, o maior percentual foi de estudo descritivo com 54,54% (n=6), seguindo do estudo descritivo e exploratório 36,36% (n=4) e estudo exploratório com 9,1% (n=1), como mostra o gráfico 04.

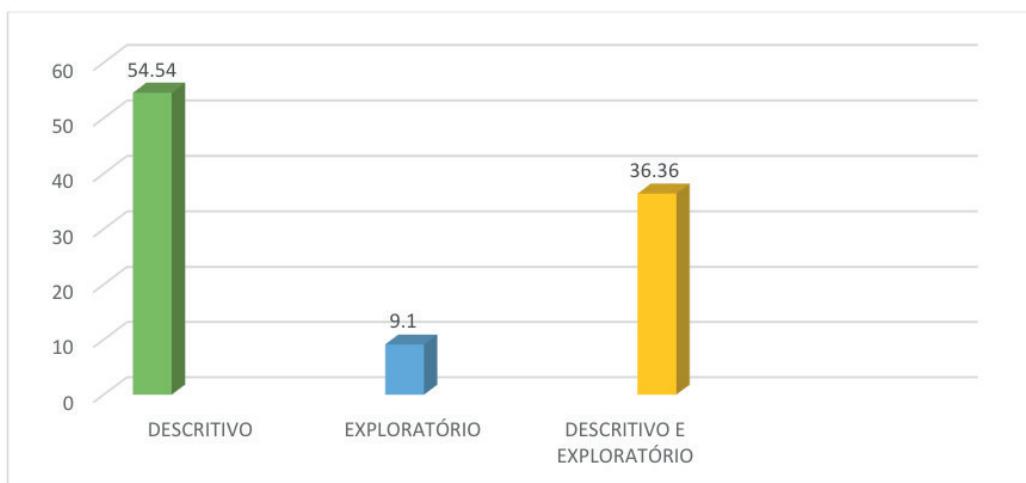


Gráfico 4 – Tipo de Estudo

Fonte: Dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Após a leitura da literatura científica selecionada para a pesquisa, foram elaboradas duas categorias temáticas: Educação em Saúde ao paciente DCNT e Consulta de Enfermagem e Adesão do Tratamento do paciente com DCNT.

### Categoria 1 - Educação em Saúde ao paciente com DCNT

Atualmente as DCNT são problemas de saúde pública global sendo indicadas como a principal causa de mortalidade e incapacidade. Dentre as DCNT destacam-se as cardiovasculares no qual o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial são os principais fatores de risco (BRASIL,2014).

Diante desta problemática o enfermeiro e os demais profissionais de saúde vem há bastante tempo enfrentando desafios no que se diz respeito a adesão do tratamento

aos portadores das DCNT. Com o intuito de mudar os hábitos e o estilo de vida dos usuários, os profissionais de saúde realizam a educação em saúde (MANTOVANI et al., 2011).

A Educação em Saúde é uma estratégia indicada para assegurar os usuários informações através da realização de debates e reflexões, trazendo assim resultados positivos com as trocas de experiências que ocorrem entre os usuários, alcançando assim os objetivos para melhorar a qualidade de vida e a independência dos portadores (RAVAGNANI et al., 2015).

Para trabalhar com a educação em saúde ocorre a realização das reuniões em grupo, onde o enfermeiro define o que pretende com a atividade e realiza o planejamento que tem como início uma análise do contexto, executando assim um diagnóstico do grupo. O ambiente físico destinado as reuniões devem ter conforto, segurança e privacidade, estabelecendo assim um vínculo entre profissional e usuário com linguagem clara e verdadeira. Outro fator importante para as reuniões é a realização do círculo para melhor comodidade e essencial para as trocas de experiências (MUNARI et al., 2009).

Ao participar das atividades educativas, os usuários adquirem conhecimento sobre sua patologia podendo ter voz ativa no processo do cuidado, possibilitando assim uma vida saudável de acordo com as suas necessidades (MANTOVANI et al., 2011).

No processo de educação em saúde ocorre o uso de protocolos clínicos que tem como objetivo melhorar a assistência e facilitar o método utilizado para trabalhar com ações educativas, diminuindo assim o aparecimento de complicações, hospitalizações e dessa forma fortalecendo o controle, prevenção e manejo dos agravos. Porém, é necessária uma mudança no modelo hegemônico de saúde que é focado na doença e formado de acordo com a oferta e procura (ULBRICH et al., 2012).

A Educação em Saúde para os usuários com DCNT tem que ser uma estratégia a ser usada de modo contínuo pelo enfermeiro, para que as pessoas sintam-se seguras e confortáveis pelo o seu cuidado, assegurando dessa forma a melhoria da qualidade de vida, tendo como resultado o aumento da adesão ao tratamento seja ele medicamentoso ou não, diminuindo o índice de complicações (ULBRICH et al., 2012).

Segundo um estudo de Vasconcelos et al. (2016) com usuários de DCNT indicou que a troca de experiências com outros pacientes com a mesma condição de saúde, traz situação mais próxima do cotidiano e o pessoal do grupo estudado, transformou a visão dos participantes sobre a definição de bem-estar, saúde e doença.

As atividades educativas desenvolvidas no Hiperdia estimulam a mudança de hábitos proporcionando o usuário comodidade na medida em que recebe orientações, tem seu estado de saúde avaliado, como também há a renovação da prescrição medicamentosa. Porém outros fatores merecem atenção da equipe: necessidade de adesão ao tratamento e informações sobre a doença e suas consequências (RETICENA, 2015).

## Categoria 2 - Consulta de Enfermagem e Adesão ao Tratamento do Paciente com DCNT

O saber do enfermeiro se centra na descoberta do usuário, a inovação que pode ser implementada para a realização de um atendimento holístico e integral e a organização do serviço que é focado nas necessidades de saúde do paciente com DCNT. Tem que haver um diálogo eficiente entre ambas as partes, de modo que o usuário sinta-se à vontade para expressar as suas necessidades. Essa comunicação pode ser desenvolvida pelo enfermeiro através da consulta de enfermagem, visitas domiciliares, formação de grupos de autoajuda e educacionais (SOUZA et al, 2008).

Para que os usuários tenham as necessidades de saúde contempladas, é necessário que o enfermeiro seja capaz de captá-las. A escuta ativa é de total importância para que o atendimento seja integral, quando isso não ocorre, a causa é termos apenas um lado, uma parte, uma voz (SOUZA et al, 2008).

O enfermeiro por participar da equipe multidisciplinar tem que ficar sempre em alerta diante as dificuldades que os usuários tem em aderir a adesão do tratamento, tendo em vista que as DCNT têm um elevado domínio de ocorrências na população brasileira (ALENCAR et al., 2017).

A adesão ao tratamento das DCNT é definida pelo conjunto de atitudes do usuário em relação ao seguimento correto do uso das medicações, alimentação e mudanças no estilo de vida. Segundo a OMS, cinco principais fatores que influenciam na adesão ao tratamento foram listados: condição socioeconômica e cultural; características pessoais; à doença; aspectos relacionados ao tratamento; ao sistema de saúde e a equipe multidisciplinar (CAMPOS et al., 2016).

São vários os fatores que favorecem de maneira positiva a adesão ao tratamento, tais como: renda, escolaridade, apoio familiar e idade. Entretanto, a forma como o apoio da família é realizada pode ser considerado desfavorável, quando avaliado como negativo e cansativo, causando sentimento de tristeza e incompREENSÃO com a situação (CAMPOS et al., 2016).

O conhecimento do usuário sobre as DCNT é de fundamental importância para os cuidados e adesão ao tratamento, porém, ainda existe algumas pessoas com a doença que tem o conhecimento limitado sobre suas causas e complicações, e isso pode estar associado a fatores pessoais como a deficiência na educação em saúde ou a baixa escolaridade (RETICENA et al., 2015).

O acompanhamento através da consulta de enfermagem contribui para o controle das DCNT otimizando o cuidado, pois permite uma continua avaliação das necessidades do usuário. A visita domiciliar fornece o diálogo sobre os conhecimentos do cotidiano, otimizando assim a orientação adequada ao usuário (MARQUES, 2017).

A função do enfermeiro durante a consulta de enfermagem consiste no compromisso em atender o usuário com a maior integralidade possível, buscando assim compreender a percepção dos portadores em relação ao seu tratamento, orientando e renovando a prescrição medicamentosa e observar as práticas do

autocuidado (SOUZA et al, 2008).

A adesão ao tratamento envolve inúmeros fatores que estão ligados de forma ampla e complexa, a aceitação e efetuação do plano terapêutico orientado pelos profissionais de saúde nem sempre são fáceis, ocasionando assim dificuldades no plano proposto tanto para o usuário como para a família em relação a aceitação da doença e seguimento do tratamento de forma efetiva, tendo como resultado piora no quadro (MANTOVANI, 2015).

## CONCLUSÃO

Observando os estudos obtidos nessa pesquisa, pode-se observar a importância da consulta de enfermagem e das práticas de educação em saúde realizadas aos pacientes com DCNT, trazendo resultados expressivos, que através deles o enfermeiro pode executar um cuidado holístico e eficaz.

Em relação as limitações referentes a amostra do presente estudo, pode-se citar que as DCNT trazem aos usuários diversas comorbidades e manifestações, que quando identificadas pelo enfermeiro através da consulta de enfermagem pode proporcionar ao usuário uma melhora no quadro clínico, sempre respeitando a individualidade de cada caso.

A contribuição do estudo para a enfermagem é exemplificar com o saber a melhor adesão ao tratamento das DCNT desenvolvendo uma melhor compreensão das manifestações e comportamentos do usuário facilitando assim o alcance da excelência nos cuidados de enfermagem.

Recomenda-se novos estudos referente a temática para que sejam realizadas as ações e estratégias de acordo com as diretrizes do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. C. et al. Consulta de enfermagem na perspectiva de usuários com diabetes mellitus na estratégia saúde da família. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife. v.11, n. 10, p. 3749-3756, out.2017.

BARROS, A. L. B. L.; CARNEIRO, C. S.; SANTOS, V. B. A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. **Rev acta Paul enferm.** v. 24, n. 2, p. 7-8, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014 redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Brasília: DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde:** documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007.

CAMPOS, T. S. P. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **J. Health Biol Sci.** v.4, n.4, p.251-256,2016.

CARLOS NETO, D.; DENDASK, C.; OLIVEIRA, E. A evolução histórica da saúde pública. **Rev. científica multidisciplinar núcleo do conhecimento.** v.1, n.1, p.52-67, mar. 2016.

MANTOVANI, M. F. et al. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.32, n.4, p.626-668.2011.

MANTOVANI, M. F. et al. Protocolos clínicos na orientação de pessoas com doença crônica. **Rev. Cogitare Enferm.** v.20, n.4, p-821-828, out/dez. 2015.

MARQUES, C. R. Percepção dos usuários insulino dependentes não controlados quanto ao tratamento para o diabetes mellitus tipo 2. **Rev. APS.**v.20, n.1, p.69-80, jan/mar.2017.

MUNARI, B.D. et al. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Cien Cuid Saude.** v.8, p.148-154, 2009.

RAVAGNANI, C. F. C. et al. Projeto comunidade em movimento: a experiência multiprofissional na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.** v. 20, n.3, p.321-326, mai.2015.

RETICENA, K. O. et al. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no hiperdia. **Rev. Min Enferm.**v.19, n.2, p.107-113, abr./jun.2015.

RAMOS C.F.V et al., Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**v.71, n.3, p. 1211-1218,2018.

SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr.** v.66, n.1, p.45-51,2017.

SOUZA, A. C. et al. Buscando a integralidade no atendimento ao indivíduo diabético: do serviço de atendimento móvel de urgência à atenção primária à saúde. **Cienc Cuid Saude.** v. 7, n.1, p.21-26, Jan/Mar. 2008.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein.** São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

ULBRICH, E. M. et al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.33, n. 2, p. 22-27, 2012.

VASCONCELOS, C. L. B. et al. Significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros que atuam na saúde pública. **Rev. SPAGESP.**v.17, n.1, p. 99-105, 2016.

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

**Jessica Maia Storer**

Universidade Estadual de Londrina  
Londrina-Paraná

**Amanda Correia Rocha Bortoli**

Universidade Estadual de Londrina  
Londrina-Paraná

**Bruna Decco Marques da Silva**

Universidade Estadual de Londrina  
Londrina-Paraná

**Demely Biason Ferreira**

Universidade Estadual de Londrina  
Londrina-Paraná

**Edrian Maruyama Zani**

Universidade Estadual de Londrina  
Londrina-Paraná

**Fabiana Fontana Medeiros**

Universidade Estadual de Londrina  
Londrina-Paraná

enfermagem na atenção primária à saúde no município de Londrina, entre os meses de Setembro e Outubro de 2018. Os resultados obtidos apontam que a efetividade da comunicação durante o seguimento do pré-natal permeia a linguagem verbal e não verbal. Notou-se a importância da formação de vínculo como uma estratégia para a comunicação, resultando em uma assistência qualificada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunicação em Saúde, Cuidado Pré-Natal, Atenção Primária à Saúde.

### CONTEXTUALIZAÇÃO

O atendimento pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) tem seu início após a confirmação da gravidez, seja por meio do teste rápido ou de exame de sangue. Para que essa assistência seja efetiva, considera-se que o acolhimento fortalece o vínculo entre a usuária e a UBS. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o que determina a continuidade da gestante durante o pré-natal é esse acolhimento que ela recebe na atenção primária, visto que esse período é marcado por inúmeras mudanças no contexto físico e psicossocial da mulher (Brasil, 2000).

A comunicação em saúde é uma das estratégias de prevenção de agravos, pois é possível identificar precocemente patologias

**RESUMO:** Para que a assistência gestacional seja efetiva, considera-se o acolhimento como importante ferramenta de assistência e, portanto, a comunicação em saúde é uma das estratégias para identificar riscos e prevenir agravos. O objetivo deste estudo é relatar a experiência de discentes de enfermagem durante a consulta pré-natal a respeito de estratégias na comunicação. Trata-se de um relato de experiência de graduandos de

ou fatores de risco gestacionais, os quais interferem no desfecho materno e neonatal (BRASIL, 2016).

Sendo assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) contribui positivamente para identificar as necessidades do binômio e da família e, através de suas etapas, embasar a elaboração do plano de cuidados e planejamento da gravidez. (MOURA, RODRIGUES, 2003)

## REFLEXÕES

A efetividade da comunicação durante o seguimento pré-natal, sem ambiguidade e criadora de vínculo, permeia a linguagem verbal e não verbal. As gestantes por meio de suas expressões e posturas transparecem suas dúvidas e inquietações, neste sentido, torna-se importante que o profissional de saúde tenha percepção e sensibilidade diante de tais demonstrações.

Por meio da comunicação efetiva, o profissional deve trilhar um caminho que permita a mulher falar sobre hábitos, vivências e dúvidas que são relevantes durante o curso da gestação bem como qualquer curiosidade da mãe. Além disso, a comunicação deve ser clara, preferindo linguagem popular à científica em determinados momentos, para que a paciente se sinta incluída em seu cuidado e munida de informações para seu esclarecimento.

O profissional de saúde também deve ter cuidado com as expressões gestuais e faciais, principalmente as que demonstrem julgamento, os quais podem interferir na criação do vínculo e reduzir a credibilidade com as orientações repassadas.

## CONCLUSÃO

A enfermagem tem papel essencial no acompanhamento pré-natal e a formação de vínculo deve ser vista como uma estratégia para a comunicação verbal e não verbal, resultando em uma assistência efetiva. A gestante precisa ser acolhida adequadamente de maneira que se sinta protagonista do seu processo de cuidado. Nesse sentido, o profissional deve ser ético, empático e flexível às demandas da gestante na atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 07 ago. 2019.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. **Comunicação e**

**informação em Saúde no pré-natal.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 7, n. 13, p. 109-118, Aug. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000200008&lng=en&nrm=iso)>. Access on 07 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000200008>.

## ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E APRENDIZADOS

### **Juscimara de Oliveira Aguilar**

Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG

### **Carla dos Anjos Siqueira**

Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG

### **Camila Diana Macedo**

Enfermeira coordenadora da Atenção Primária da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde. Felício dos Santos – MG

### **Cíntia Maria Rodrigues**

Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG.

### **Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes**

Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG.

### **Maria Jesus Barreto Cruz**

Professora do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG

### **Maria da Penha Rodrigues Firmes**

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM. Diamantina – MG.

e aprendizagens referidas por duas acadêmicas de enfermagem inseridas na atenção primária em saúde (APS) através da disciplina estágio supervisionado II: comunitário. O campo de atuação das alunas foi em três estratégias de saúde da família (ESF), localizadas na cidade de Felício dos Santos – MG, o que proporcionou as mesmas a desenvolver contato direto com a população das zonas rural, urbana e a equipe de saúde do município. O estágio permite ao aluno aplicar todos os conhecimentos adquiridos durante o curso, com intuito de ampliar sua visão sobre a saúde pública no contexto da APS. Essa vivência nas ESF durante 51 dias propiciou diversas experiências de ensino-aprendizagem, através de consultas de enfermagem e atividades de educação em saúde, fortalecendo a relação entre unidade básica de saúde (USB) e o ensino da graduação. Vivenciamos práticas interdisciplinares que contribuíram ricamente para a nossa formação, permitindo nessa fase final compreender a atuação profissional do enfermeiro nesse âmbito de atenção à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Estágio curricular; Enfermagem.

**SUPERVISED STAGE IN PRIMARY HEALTH CARE: EXPERIENCES AND LEARNING**

**ABSTRACT:** This study reports experiences

**RESUMO:** Relata-se nesse estudo experiências

and learnings lived by two nursing students inserted in primary health care (PHC) through the supervised stage II: community discipline. The field of action of the students was in three family health strategies (FHS), located in the city of Felício dos Santos - MG, which allowed them to develop direct contact with the population of rural and urban areas, and health team of the municipality. The internship allows the student to apply all the knowledge acquired during the course, in order to broaden his or her vision on public health in the context of PHC. This experience in the FHS for 51 days provided several teaching-learning experiences through nursing consultations and health education activities, strengthening the relationship between basic health unit (USB) and undergraduate education. We experienced interdisciplinary practices that contributed to our education, allowing in this final phase to understand the professional performance of nurses in this area of health care.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Curricular stage; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde (APS) faz parte dos eixos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a garantia da qualidade na atenção em saúde (STARFIELD, 2002; GALAVOTE et al., 2016). A APS promove qualidade assistencial dos seus usuários, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de ações de promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos, sendo a primeira porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde (LAVRAS, 2011; NORMAN, 2015).

As ESF's possuem uma concepção ampla no processo saúde-doença, com articulação de saberes populares, técnicos e mobilização dos recursos disponíveis para o enfrentamento dos problemas de saúde (SORATTO, 2015). Nessa concepção, o papel do enfermeiro é de extrema relevância, pela sua competência em desenvolver ações de gerenciamento, assistenciais e de educação em saúde, em todas as etapas do desenvolvimento humano (SILVA et al., 2012; GALAVOTE, 2016). Por ser um profissional voltado ao cuidado, o enfermeiro é capaz de estabelecer vínculo com os pacientes, familiares e com a comunidade, desenvolvendo atividades de educação em saúde, na busca da construção compartilhada do conhecimento, contribuindo para a prevenção de doenças e promoção da saúde (SILVA et al., 2012).

O cenário de estágio supervisionado das alunas foi o município de Felício dos Santos - MG, localizado na região do alto do Vale do Jequitinhonha. O município possui população média de 5.142 habitantes, de acordo com o IBGE (2010), sendo que 56% da população, maior parte é residente na zona rural, comparada aos residentes na zona urbana, em menor número, constituindo um município de habitantes, correspondendo a 34,81%. Com relação ao trabalho e situação financeira, em 2016 o salário médio mensal era de 1,7 salários mínimos, sendo a proporção de pessoas ocupadas de 7,8% (PNUD; IPEA; FJP, 2010).

Apesar de apresentar índice de desenvolvimento abaixo do que é esperado no Brasil (IDH), houve uma crescente em relação as últimas décadas, com interessante melhora da qualidade de vida mensurada pelo aumento da taxa de envelhecimento, de 7,45% (1991) para 10,56% (2010) e da expectativa de vida ao nascer 66,7 (1991) para 72,6 (2010), como ilustrado nas tabela 1, 2.

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>Menos de 15 anos</b>	2.369	40,83	2.094	36,55	1.430	27,81
<b>15 a 64 anos</b>	3.120	53,77	3.208	56,00	3.169	61,63
<b>População de 65 anos ou mais</b>	313	5,39	427	7,45	543	10,56
<b>Razão de dependência</b>	85,96	-	78,58	-	62,26	-
<b>Taxa de envelhecimento</b>	5,39	-	7,45	-	10,56	-

Tabela 1. Estrutura Etária da População - Município - Felício dos Santos – MG.

	1991	2000	2010
<b>Esperança de vida ao nascer</b>	65,1	66,7	72,6
<b>Mortalidade infantil</b>	41,7	39,6	19,3
<b>Mortalidade até 5 anos de idade</b>	51,6	43,3	22,4
<b>Taxa de fecundidade total</b>	4,9	3,9	2,0

Tabela 2. Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Felício dos Santos - MG

(Fonte: PNUD; IPEA; FJP, 2010).

A economia local, baseia-se na produção de condimentos, em especial o urucum, sendo referência regional na produção deste produto. Outro destaque é o turismo, pois se trata de uma localidade com inúmeras cachoeiras e belo paisagismo, que atraem turistas e visitantes. Já a oferta de empregos é reduzida, o que propicia o deslocamento dos jovens para outros municípios, em busca de trabalhos para a manutenção da família. Dessa forma, a população alvo das acadêmicas é de maioria idosos, pobres, com renda per capita de 274,20 reais (Fonte: PNUD; IPEA; FJP, 2010).



Figura 1. Mapa de Caracterização do território de Felício dos Santos-MG.

<b>CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO</b>	
População	
(IBGE 2010)	
<b>5.142 habitantes</b>	
Mesorregião	
<b>Jequitinhonha</b>	
IDHM 2010	
<b>0,606</b>	

Tabela 3. Caracterização do território de Felício dos Santos – MG.

(Fonte: PNUD; IPEA; FJP, 2010).

A formação de enfermeiros com competências para desempenhar essas funções na ESF é de responsabilidade dos cursos de graduação, que dependem dos campos de estágio, que permitam que os alunos ponham em prática o conhecimento adquirido. Diante disso, os estágios supervisionados nas ESF permitem que os acadêmicos construam conhecimento, a fim de que sejam capazes de estabelecer um diálogo entre a UBS e a comunidade, se tornando profissionais completos, através da interlocução universidade e ambiente de saúde, como relatado nesse trabalho (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; MISTURA et al., 2017).

## 2 | OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Relatar experiências e aprendizagens referidas por duas acadêmicas de enfermagem, na atenção primária em saúde (APS) através da disciplina estágio supervisionado II: comunitário, no município de Felício dos Santos – MG.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Relatar como se deu as ações de enfermagem nas ESF no município;
- Realizar consultas de enfermagem e grupos operativos com a população rural e urbana;
- Executar e implementar atividades de educação em saúde nas zonas rural e urbana de Felício dos Santos.

## 3 | METODOLOGIA

A instituição formadora das acadêmicas deste relato de experiência foi a UFVJM (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri), que possui mais de uma

década de existência com mais de 80 cursos e mais de 10.000 estudantes dos cursos de graduação presenciais e a distância, mais de 1.500 matriculados nos cursos de pós-graduação, 617 técnicos administrativos e 778 professores estão distribuídos a atuando em 5 campus (UFVJM ONLINE, 2018).

Os campos de atuação deste trabalho foram as ESF's da cidade de Felício dos Santos – MG, a saber: (ESF Saúde e Sorriso, ESF Nota 10 e ESF Real). As atividades desenvolvidas foram supervisionadas por um docente responsável pela disciplina “Estágio Supervisionado II” (ENF051), da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, por uma enfermeira da ESF que atuou como preceptora das atividades realizadas juntamente com a coordenadora da APS municipal. O estágio acontece no 10º período do curso, com carga horária de 405 horas, sendo obrigatório para a conclusão do curso.

A fim de atender as exigências da disciplina, as discentes foram inseridas no cronograma mensal de ações da equipe de saúde por 51 dias, atuando de segunda a sexta-feira e, eventualmente, aos sábados (campanhas de vacinação/ projetos como o Serviço Nacional de Aprendizagem Rural – SENAR, quando solicitadas pelo município), no horário de 07:00 às 16:00 horas, período de funcionamento da unidade. Todas as atividades realizadas, foram estabelecidas no plano de ensino da disciplina e cumpridas através de *check-list* diário no conteúdo programático. Para que o estágio aconteça foi necessário o estabelecimento do Termo de Compromisso de Estágio Obrigatório, criando vínculo da UFVJM com a prefeitura de Felício dos Santos, através de convênio que garante compromisso entre as partes, bem como respaldar o acadêmico com documento de seguro de vida, mediante as adversidades que podem vir a ocorrer no campo de estágio.

Vale ressaltar também, que para o perfeito andamento do estágio a disciplina conta com diversos mecanismos próprios como: pautas de viagem/requisição de veículos; fichas de avaliação do acadêmico, do preceptor enfermeiro e do preceptor docente, das atividades realizadas no estágio; projeto de intervenção do município; cronograma de atividades; declarações de participação em atividades; formulários de grupo de discussão e cadernos de atividades; atividades de extensão; provas teóricas, prática e de prontuário.

## 4 | DESENVOLVIMENTO

No decorrer dos 51 dias de intensas experiências e vivências, as acadêmicas do 10º período desenvolveram diversas funções preconizadas no âmbito da APS; e são listadas na tabela 4.

Atendimentos de Enfermagem	Educação em Saúde
Demandas espontâneas: acompanhamento da triagem, junto à enfermeira, dos pacientes para atendimentos de epistaxe, anemia, artrose, hérnia de disco, nefrite, infecção urinária.	Visita técnica a instituições como Farmácia básica, Clínica odontológica e Instituição de Longa Permanência de Idosos, Creches.
Saúde da Criança e Adolescente: Triagem Neonatal, puericulturas, síndrome mão-pé-boca, deficiência física e mental, autismo; Questões sociais como drogas, negligência.	Desenvolvimento e execução de grupos operativos como hiperdia, e de gestantes.
Saúde da Mulher: Consultas ginecológicas, exame citopatológico do colo uterino, pré-natal, puerpério; lançamento dos dados nos sistemas de informação.	Elaboração e gravação de 4 programas de rádio, com o tema “Saúde Mental em Foco: Levando Saúde para Dentro da sua Casa”, com execução na rádio local (Rádio Comunitária Voz do Vale – Felício dos Santos - MG).
Saúde do Adulto: Consultas de doenças crônicas, úlcera crônica em membros inferiores, realização de curativo, diabetes, hipertensão, obesidade, dislipidemia, DPOC, asma brônquica, bloqueio cardíaco, AVE Consulta de transtornos mentais depressão, alzheimer, esquizofrenia. Consulta de cuidados graves e/ou paliativos CA de esôfago, portador de traqueostomia e ostomia, CA terminal em metástase (pulmão) Doenças comuns da região elefantíase, erisipela, hanseníase. Acompanhamento de atestado de óbito, junto ao médico e enfermeira da ESF.	Participação em campanha de imunização; Elaboração e execução de capacitações sobre Hanseníase e Tuberculose, com os Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiras; Confecção de protocolos assistenciais de Hanseníase e Tuberculose; Participação na reunião sobre dengue (coordenadora da atenção básica, secretário de saúde, enfermeiras, Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias).
Consulta de idosos: Catarata, problemas visuais ainda sem diagnóstico, histórico de queda, deambulação prejudicada.	Participação na Conferência Municipal de Saúde; Em reuniões: do Conselho Municipal de Saúde e residência em saúde do idoso; capacitação ministrada pela psicóloga do NASF, a respeito da luta antimanicomial.
Visitas domiciliares nas casas da zona urbana, e prioritariamente rural, devido à dificuldade de transportes.	Participação em grupo de discussão sobre o Estágio Supervisionado, abrangendo os diversos campos de atuação da disciplina no vale do Jequitinhonha (Municípios contemplados: Diamantina, Gouveia, Presidente Kubistchek, Santo Antônio do Itambé, Carbonita e Felício dos Santos).

Tabela 4. Atividades realizadas pelas acadêmicas durante o estágio supervisionado II em Felício dos Santos-MG.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estágio Supervisionado II, como disciplina do curso de Enfermagem, é de grande valia tanto para os acadêmicos, quanto para as instituições que os recebem,

uma vez que auxilia na dinamização do serviço além de levarem um olhar crítico para ações que já se tornaram rotineiras. Ademais, há o aperfeiçoamento do estudante em atividades exclusivas de sua categoria profissional, colocando como prioritário a promoção à saúde e a prevenção de doenças.

É importante ressaltar que pontos positivos e negativos foram identificados no decorrer da vivência. Os positivos foram o desenvolvimento da autonomia, evolução nas relações interpessoais, exercício da prática profissional contínua/rotineira, aperfeiçoamento no potencial de liderança, capacidade de adaptação do ambiente e materiais para o atendimento ao cliente, identificação de características profissionais adequadas/inadequadas, reconhecimento do fluxo de trabalho e dos atendimentos. Por outro lado é importante destacar que os pontos negativos identificados estão relacionados a peculiaridade de grande parte da região do Vale do Jequitinhonha, como a questão estrutural da ESF, deficiência dos transportes para as comunidades rurais, superlotação do serviço de saúde e dificuldade de acesso a informação.

Assim como tudo o que nos tira da zona de conforto, o estágio supervisionado II nos leva a sair da fase de universitário em sala de aula e nos transporta para o exercício da prática profissional constante em um município até então desconhecido para o acadêmico. A saída com uma mala, livros, uniforme/crachá, de nossa casa indo ao encontro dos colegas de turma no pátio do campus I na Rua da Glória nº187; ver o transporte da universidade nas suas diversas formas (vans, carros de passeio, caminhonetes) nos aguardando em destino a municípios até então desconhecidos nos remete a uma sensação de insegurança frente ao desconhecido, da maneira de se portar, de como atuar na rotina do serviço, de como conduzir as relações pessoais/familiares, adaptação aos costumes e valores do município de destino, medo relacionado a não conseguir executar tudo o que foi estudado no decorrer dos anos na universidade e tantos outros sentimentos característicos desse ritual de passagem de acadêmico em Enfermagem para Enfermeiro.

O estágio permite ao aluno aplicar todos os conhecimentos adquiridos durante o curso, com intuito de ampliar sua visão sobre a saúde pública no contexto da APS. Essa vivência nas ESF durante 51 dias propiciou diversas experiências de ensino-aprendizagem, através de consultas de enfermagem e atividades de educação em saúde, fortalecendo a relação entre unidade básica de saúde (USB) e o ensino da graduação. Vivenciamos práticas interdisciplinares que contribuíram ricamente para a nossa formação, permitindo nessa fase final compreender a atuação profissional do enfermeiro nesse âmbito de atenção à saúde.

Ao concluir essa árdua jornada de 51 dias, foi possível olhar para trás e dizer com toda convicção que o estágio supervisionado II foi protagonista do nosso conhecimento acadêmico, sendo fundamental para conclusão do aprendizado e desenvolvimento da autonomia profissional no que tange o cuidado assistencial na Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, V. P.; GOMES, C. M.; SCHUH, L. X. A atuação do profissional enfermeiro: estratégia de saúde da família e atenção básica. **Revista das Semanas Acadêmicas da ULBRA Cachoeira do Sul**, v. 5, n. 2, 2018. FJP- Fundação João Pinheiro. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<http://fjp.mg.gov.br/>> Acesso em: 04/09/2019.
- GALAVOTE, H.C et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/>> Acesso: 04/09/2019.
- LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- MISTURA, C. et al. Estágio curricular em enfermagem: relato de experiência no cenário da estratégia saúde da família. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v.5, n.2, 2017.
- NORMAN, A.R; TESSER, C.D. Acesso ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde soc.**, v. 24, n. 1, 2015.
- PNUD. Programa das nações unidas para o desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no brasil. Brasil, Felício dos Santos-MG, 2010. Disponível em [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/fel%C3%ADcio%20dos%20santos\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/fel%C3%ADcio%20dos%20santos_mg) Acesso em: 04/09/2019.
- SORATTO, J; PIRES, D.E.P; DORNELLES, S; LORENZETTI, J. Estratégia Saúde da Família: Uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 584-92, 2015.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI (UFVJM). [Internet] Acesso em: 04/08/2019 Disponível em: <http://www.ufvjm.edu.br/>

## GÊNERO E VIOLENCIA CONTRA A MULHER COMO FOCO DE ATENÇÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

**Eveline Christina Czaika**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO

Guarapuava- Paraná

**Maria Isabel Raimondo Ferraz**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO

Guarapuava – Paraná

**Guilherme Marcelo Guimarães da Cruz**

Universidade Estadual do Centro-Oeste –  
UNICENTRO

Guarapuava – Paraná

**Maria Lúcia Raimondo**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO

Guarapuava – Paraná

**Alexandra Bittencourt Madureira**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO

Guarapuava – Paraná

conhecimento sobre a temática em tela, além de possibilitar reflexão sobre a necessidade de inserção do tema nas grades curriculares dos cursos de graduação na área de saúde. Para a elaboração do texto foram utilizados artigos publicados em revistas científicas da área de saúde, livros, legislação brasileira referente à violência contra a mulher, por se tratar de um agravo de notificação obrigatória. **Resultados:** Os resultados permitiram identificar que não há uma forma sistematizada para atuação dos profissionais de saúde diante da violência, e isso ocorre em virtude da complexidade do fenômeno. Desta forma, a abordagem do tema nos cursos de graduação da área de saúde é fundamental, pois contribuirá com a formação de profissionais capacitados para perceber, reconhecer e intervir no tratamento e na prevenção deste agravo. **Conclusão:** a inserção do tema na graduação contribui para que ocorra uma mudança na forma de pensar e de agir dos profissionais, com vistas à promoção da igualdade de gênero e redução da violência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência doméstica, Violência contra a mulher, Violência de gênero.

**GENDER AND VIOLENCE AGAINST WOMEN  
AS A FOCUS ON HEALTH GRADUATION  
COURSES**

**ABSTRACT: Objective:** To reflect on violence

**RESUMO: Objetivo:** realizar reflexão sobre a violência contra a mulher enquanto violência de gênero e a importância da inserção do tema nos cursos de graduação na área de saúde.

**Metodologia:** Reflexão realizada entre agosto de 2015 e julho de 2016. Para atingir o objetivo proposto foi realizado uma busca de publicações relacionadas ao tema violência contra a mulher e violência de gênero, visando ampliar o

against women as gender violence and the importance of inserting the theme in undergraduate courses in health. **Methodology:** Reflection held between August 2015 and July 2016. To achieve the proposed objective, a search was made for publications related to the theme violence against women and gender violence, aiming to broaden the knowledge on the theme on screen, as well as allowing reflection about the need to insert the theme in the curricula of undergraduate courses in health. For the elaboration of the text, articles published in health scientific journals, books, Brazilian legislation on violence against women were used, as they are an obligatory notification. **Results:** The results allowed us to identify that there is no systematic way for health professionals to act in the face of violence, and this is due to the complexity of the phenomenon. Thus, the approach of the subject in undergraduate courses in health is fundamental, as it will contribute to the formation of professionals able to understand, recognize and intervene in the treatment and prevention of this condition. **Conclusion:** the inclusion of the theme in the undergraduate program contributes to a change in the way professionals think and act, with a view to promoting gender equality and reducing violence.

**KEYWORDS:** Domestic violence, Violence against women, Gender violence.

## 1 | INTRODUÇÃO

Quando um indivíduo faz uso de força física ou ofensa moral contra outro, pode-se dizer que este pratica violência, e o termo deriva da palavra “*vis*”, que quer dizer força. Nesse sentido, a violência está ligada diretamente a conflitos físicos e verbais, relacionados a poder, inveja e egoísmo, que podem ter como objetivo a igualdade ou a superioridade em relação a outrem, seja em posses ou posições (MINAYO, 2006).

A violência é um problema que faz parte da humanidade, e não se conhece nenhuma sociedade na qual não tenha existido. Há muito tempo o ser humano se preocupa em compreender o fenômeno da violência e suas origens, buscando meios para atenuar, prevenir e até mesmo, erradicá-la. Sabe-se que a violência não faz parte da natureza humana, ao mesmo tempo em que também não está relacionada a raízes biológicas. Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, dinâmico que ocorre na vida em sociedade (MINAYO, 1994).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) violência é “o uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou provação” (BRASIL, 2005, p.11).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará/ONU) considera como violência contra a mulher “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada” (BRASIL, 2005, p.11).

No Brasil, no ano de 2006 foi promulgada a lei número 11.340, denominada Lei Maria da Penha, a qual conceitua a violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006).

Atribui-se o título de gênero às características biológicas e culturais que um indivíduo apresenta, podendo haver distinção e relação de poder entre elas. Relaciona-se o termo “violência de gênero” aos tipos de violência impostos principalmente sobre as pessoas do sexo feminino, fato que se configura em um problema de saúde pública e violação de direitos humanos (MINAYO, 2006).

Por se tratar de um problema de saúde pública, é mister investir na formação de profissionais qualificados para atuar diante de situações de violência. Nessa perspectiva, percebe-se que é de fundamental importância a inserção do tema nas grades curriculares dos cursos de graduação na área de saúde, haja vista que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública de notificação compulsória.

Diante do exposto, teve-se como objetivo: realizar reflexão sobre a violência contra a mulher enquanto violência de gênero e a importância da inserção do tema nos cursos de graduação na área de saúde.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de reflexão sobre a violência contra a mulher enquanto um problema de saúde pública e por isso deve ser foco de Atenção nos Cursos de Graduação na área de Saúde. Para elaboração deste estudo foram utilizados artigos, livros e leis relacionadas ao tema proposto.

A coleta de dados e elaboração do estudo ocorreu entre agosto de 2015 e julho de 2016. Para o desenvolvimento deste estudo foi realizado revisão de literatura sobre violência contra a mulher, violência de gênero, bem como sobre a necessidade de inserção do tema nas grades curriculares dos cursos de graduação na área de saúde.

Desta forma, foram utilizados nesta produção: artigos científicos, livros, leis, sendo elas, a lei número 11.340 promulgada no ano de 2006, que completou 13 anos em 2019 e trata da violência doméstica e familiar contra a mulher, bem como, a lei número 10.778 de 2003, a qual estabelece a necessidade de notificação compulsória da violência. Também foram citadas publicações do Ministério da Saúde.

Os resultados oriundos desta reflexão foram apresentados em dois capítulos: “violência de gênero” e “gênero e violência contra a mulher nos cursos de graduação na área de saúde”, os quais foram descritos a seguir.

## 3 | VIOLENCIA DE GÊNERO

A violência contra a mulher é um problema que permaneceu invisível ao longo

da história, e passou a ser evidenciado no Brasil a cerca de vinte anos. Porém, em muitas sociedades, a violência ainda é percebida de forma natural como parte da vida feminina, como um drama presente no cotidiano das mulheres, ou como um problema privado da família (TELES; MELO, 2003).

Estima-se que a violência praticada contra mulheres na faixa dos 15 aos 44 anos é responsável por mais mortes que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Os agressores na maioria das vezes são parceiros, familiares, conhecidos, agentes do Estado, pessoas que convivam no domicílio, ou que exerçam relações de poder sobre a vítima e aproveitam de sua vulnerabilidade para praticá-la (SCHRAIBER et al., 2005), e isso revela que este agravo é também um problema de saúde pública.

A violência ao ser perpetrada contra a mulher pode se manifestar de inúmeras formas. Na lei 11.340/2006 é tipificada como: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). As manifestações provocadas pela violência afetam quem sofre e também quem a pratica ou presencia, pois, cada visão de violência depende da situação emocional de cada indivíduo (MINAYO, 2006).

Estudo descritivo realizado a partir de dados do SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), no período de 2011 a 2015, verificou as notificações de violência contra a mulher e relacionou aos registros de óbitos de mulheres por agressão do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). Os resultados da pesquisa mostraram que as notificações de violência contra a mulher cresceram de 75.033 para 162.575 no período em questão. Verificou-se que em 2015, 67,1% do total das notificações de violência foram contra a mulher. Em relação aos óbitos, 23.278 pessoas do sexo feminino tiveram óbito registrado tendo como causa a agressão. Apenas 25% ocorreram no hospital, ressaltando que a maioria das mulheres morreu no local de agressão, sem chegar a receber atendimento médico-hospitalar (BARUFALDI et al., 2017).

Estabelecido o perfil de mortalidade, o mesmo estudo apresenta ainda que do total de 567.456 mulheres vítimas de violência notificadas entre 2011 e 2015, 2.599 tiveram óbitos por agressão, e o local predominante foi a residência (48,1%) para todos os grupos, sendo a violência física a mais notificada. O resultado da pesquisa apontou que as mulheres que sofreram violência correm um risco maior de morte por agressão do que a população geral feminina, evidenciando a situação de vulnerabilidade destas mulheres (BARUFALDI et al., 2017).

Para ser compreendida, a violência contra a mulher deve ser interpretada na perspectiva de gênero, que considera a construção social, política e cultural dos seres feminino e masculino, assim como as relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres. É portanto, um fenômeno que ocorre no nível relacional e social, que requer mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento efetivo (BRASIL, 2011).

Para Joan Scott, gênero é utilizado para identificar construções sociais sobre

os papéis ditos próprios aos homens e às mulheres, baseadas nas relações sociais entre os sexos. É também um elemento constitutivo de tais relações fundamentado nas diferenças percebidas entre os sexos, além de dar significado as relações de poder entre os mesmos (SCOTT, 1989).

Quando desiguais, estas relações de poder afetam os direitos das mulheres, entre eles, o direito à saúde, integridade física e à vida, os quais são violados quando um membro da família faz uso de força física ou posição de autoridade para maltratar física, moral, sexual e psicologicamente a mulher (TAQUETTE, 2007).

A ideologia de gênero não é suficiente no que se entende por garantir a obediência da mulher aos costumes do patriarcado, e ainda que não haja tentativa por parte das mulheres em desviar do caminho destas normas sociais, a exploração e dominação presentes nesta cultura imputam aos homens o uso da violência como forma de garantir a superioridade fundamentada neste paradigma (SAFFIOTI, 2001).

É necessário lembrar que as mulheres vítimas da violência buscam alguma forma de apoio institucional diante dos casos de violência interpessoal, no entanto existem ainda muitos casos de subnotificação e sub-registros de violência no ambiente familiar, na esfera da segurança, e também no setor da saúde pública (ALBUQUERQUE NETTO et al., 2015).

Pesquisa realizada com 25 profissionais dos três níveis de atenção à saúde constatou que:

“As representações sociais dos profissionais de saúde a respeito da violência de gênero e dos homens autores da violência enquadra-se em uma representação de caráter negativo e organizada em torno da violência física contra a mulher. Apesar do questionamento das práticas de cuidado alusivas aos homens, os profissionais de saúde participantes da pesquisa relataram desenvolver suas práticas no acolhimento das mulheres. A ausência de práticas de cuidado e acolhimento com os homens reflete o caráter das representações de homem e de mulher. A figura frágil da relação, a mulher, que é alvo de acolhimento, o homem, visto como o oposto da fragilidade e ameaçador, não se enquadraria como objeto de acolhimento”. (CRUZ; ESPÍNDULA; TRINDADE, 2017, p.564).

Vale ressaltar a necessidade do cuidado multiprofissional articulado com outros serviços para a assistência às mulheres em situação de violência que atendam as expectativas de uma rede voltada para o acolhimento e acompanhamento do cuidado das mulheres em situação de vulnerabilidade. Porém a pouca interação e inserção do setor saúde nas redes de apoio às mulheres favorece o detimento desta rede. Quanto aos serviços já existentes, profissionais da área referem a dificuldade no acompanhamento e comunicação entre eles (CORTES et al., 2015). Desta forma, a existência de uma rede articulada, com profissionais qualificados, que voltem seu olhar tanto para mulheres em situação de violência, como para os homens autores de violência é fundamental para a concretização de ações efetivas que visem prevenir esse agravo mediante a promoção da igualdade de gênero e a cultura da não violência.

## 4 | GÊNERO E VIOLENCIA CONTRA A MULHER NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE

Em função do impacto que a violência provoca na vida e saúde das mulheres, e que a violência contra a mulher está pautada na violência de gênero, é mister a inserção do tema nos cursos de graduação, entre eles os da área de saúde. Trata-se de um tema de fundamental importância, vez que há necessidade de formar profissionais qualificados e aptos para planejar e implementar ações voltadas para a promoção da igualdade de gênero para que os conflitos possam ser resolvidos sem violência.

O cuidado de enfermagem prestado as mulheres em situação de violência muitas vezes se está restrito ao desenvolvimento da técnica, à aplicação de um protocolo da instituição, ou apenas às necessidades restrito às necessidades biológicas das pessoas. Dessa forma, os elementos de cuidado não clínico precisam ser realizados mediante diálogo, escuta e orientação às mulheres e suas famílias (CORTES, et al., 2015).

A atenção primária para os casos de violência deve ser realizada na sua integralidade com envolvimento de estratégias que promovam a não violência, prevenção e tratamento dos casos, tanto no âmbito de suas consequências quanto da particularidade do setor de saúde. Nesse sentido, há a necessidade de intervenção multiprofissional e intersetorial (d'OLIVEIRA; SCHRAIBER; HANADA; DURAND, 2009).

O desenvolvimento de ações de enfrentamento à violência é fundamental na atenção primária, vez que é um nível de atenção que deve intervir na promoção e prevenção de saúde, incluindo visitas domiciliares, através da Estratégia de Saúde da Família. Este nível de atenção procura um acesso frequente, constante e legitimado durante toda a vida das mulheres, mantendo uma relação mais próxima com a comunidade (d'OLIVEIRA; SCHRAIBER; HANADA; DURAND, 2009).

Os profissionais de saúde devem ser capacitados para atender e cuidar das vítimas de violência, bem como intervir na prevenção deste agravo. Além disso, é obrigatória a notificação dos casos de violência, e a notificação é prevista na lei federal número 10.778 de 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul referente à percepção de profissionais frente à violência de gênero evidenciou que esta forma de violência era considerada como demanda nas unidades da Estratégia Saúde da Família, porém os mesmos não se sentiam à vontade para abordar o assunto com as usuárias, sendo que alguns nunca as questionaram sobre o assunto. Entre os profissionais havia conhecimento quanto às definições, epidemiologia e manejo dos casos de violência e desconhecimento sobre as taxas de violência durante a gestação. Alguns profissionais acreditavam que não deveriam fazer a notificação, possivelmente não terem informações sobre notificação compulsória. Os profissionais com menor tempo de assistência apresentaram

resultados mais positivos em relação à atuação em situações de violência (MARTINS et al., 2018).

Destarte, a inserção do tema nas grades curriculares dos cursos de graduação na área de saúde possibilitará ampliar o conhecimento sobre a violência de gênero, bem como na formação de profissionais melhor qualificados para intervir diante deste agravo.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos cursos da área da saúde, a inserção do tema violência contra a mulher na perspectiva de violência de gênero é fundamental, vez que, estes profissionais precisam estar preparados técnica e cientificamente para perceber, reconhecer e intervir adequadamente.

A abordagem nos cursos da área da saúde contribui para que ocorra uma mudança na forma de pensar, e consequentemente de agir da sociedade. Sociedade esta, da qual fazem parte os profissionais de saúde que atuam no atendimento às mulheres vítimas de violência.

Vale ressaltar sobre a importância da reflexão sobre o tema em tela, vez que identificar e notificar a violência se configurará em uma estratégia de enfrentamento, mediante o acionamento da rede de atenção, a qual deve contar com profissionais qualificados para intervir diante da violência com um olhar atento na perspectiva da violência de gênero.

## REFERÊNCIAS

BARUFALDI, L.A.; SOUTO, R.M.C.V.; CORREIA, R.S.B.; MONTENEGRO, M.M.S.; PINTO, I.V.I.; SILVA, M.M.A.da; LIMA, C.M.de. **Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n. 9, p.2929-2938. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Lei número 11.340 de 7 de agosto de 2006**. Lei Maria da Penha. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei número 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

CORTES, L.F; PADOIN, S.M.M; VIEIRA, L.B.; LANDERDAHL, M.C; ARBOIT, J. **Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero**. Rev Gaúcha Enferm, 36(esp):77-84. 2015.

CRUZ, S.T.M. da; ESPÍNDULA, D.H.P.; TRINDADE, Z.A. **Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde.** Psicologia-USF, Bragança Paulista, v.22, n. .3, p. 555-567, set/dez. 2017.

d'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B; HANADA, H; DURAND, H. **Atenção integral à saúde das mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.1037-1050, jul./aug. 2009. Acesso em: 16 dez 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>.

MARTINS, L.de C.A.; SILVA, E.B.da; DILÉLIO, A.S.; COSTA, M.C. da; COLOMÉ, I.C.S. ARBOIT, J. **Violência de Gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família.** Rev Gaúcha Enferm, v.39:e2017-0030. 2018.

MINAYO, M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública.** Cad Saúde Pública. 10 Supl. v.1, p.7-18. 1994.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

ALBUQUERQUE NETTO, L de; MOURA, M.A.V; SILVA, G.F. e; PENNA, L.H.G; PEREIRA, A.L. de F. **Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado.** Rev Gaúcha Enferm. v.36 (esp). p.135-42. 2015.

SAFFIOTI, H.I.B. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.** Cadernos Pagu, Campinas, São Paulo, n.16, p.115-136. 2001.

SHARAIBER, L. B. *et al.* **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: UNESP, 2005.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Tradução autorizada de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS corpo. 1989.

TAQUETTE, R.S. **Violência contra mulher/adolescente jovem.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007.

TELES, M.A. de A.; MELO, M. de. **O que é violência contra a mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2003.

## GRUPOS FOCAIS EM PESQUISA SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

### **Silvana Cruz da Silva**

Universidade Federal de Santa Maria.  
Departamento de Enfermagem. Santa Maria- RS

### **Letícia Becker Vieira**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Escola de Enfermagem. Porto Alegre – RS.

### **Karen Jeanne Cantarelli Kantorski**

Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul. Curso de Enfermagem. Porto Alegre – RS.

### **Caroline Bolzan Ilha**

Universidad de Murcia. Departamento de Enfermagem. Murcia - Espanha

### **Adriana Catarina de Souza Oliveira**

Universidad Católica de Murcia. Departamento de Enfermagem. Murcia - Espanha

### **Eva Néri Rubim Pedro**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.  
Escola de Enfermagem. Porto Alegre – RS.

potencialidades perceberam-se: criação de vínculo entre participantes e pesquisadoras; retorno breve e imediato aos participantes, por meio de incentivo à discussão e debates; revisão e construção de conhecimentos quanto à Segurança do paciente; valorização e respeito às diferentes opiniões; e, tempo menor de coleta das informações com validação dos dados. Quanto aos desafios, destacaram-se: planejamento prévio para motivar a participação e manter a motivação ao diálogo; conciliação quanto ao horário e local de realização dos encontros; realizar a flexibilidade no planejamento mantendo o foco da pesquisa; e quanto a transcrição das informações produzidas. **Conclusões:** a técnica de grupo focal potencializa a compreensão de significados e reações verbais e não verbais. Exige sensibilidade, flexibilidade e criatividade do pesquisador em relação ao planejamento da pesquisa, bem como constante avaliação e empatia para negociar com os participantes. Vislumbrou-se um caminho para as futuras pesquisas que visem utilizar essa técnica em estudos sobre Segurança do Paciente. Sendo uma estratégia para a sensibilização e o fortalecimento de uma cultura de segurança do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Grupos focais. Segurança do Paciente. Metodologia. Pesquisa Qualitativa. Coleta de dados.

**RESUMO:** **Objetivo:** refletir acerca da utilização da Técnica de Grupo Focal em pesquisa sobre Segurança do Paciente. **Método:** trata-se de um estudo de reflexão sobre o uso da técnica para coleta de dados em pesquisa realizada no Centro Obstétrico e Unidade de internação obstétrica de um hospital do sul do Brasil. Participaram 12 profissionais da saúde, em seis encontros de Grupos Focais, entre agosto e dezembro de 2016. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo. **Resultados:** como

## PATIENT SAFETY RESEARCH FOCUS GROUPS: POTENTIALS AND CHALLENGES

**ABSTRACT:** **Objective:** To reflect about utilization of Focal Group Techniques in patient safety research. **Method:** This is a reflection study on the use of the technique for data collection in research conducted at the Obstetric Center and obstetric hospitalization unit at a hospital in southern Brazil. Twelve health professionals participated in six focus group meetings between August and December 2016. Data were analyzed by Content Analysis. **Results:** as potentialities were perceived: creation of bond between participants and researchers; brief and immediate return to participants by encouraging discussion and debate; review and construction of knowledge regarding to patient safety; appreciation and respect for different opinions; and, shorter information gathering time with data validation. As for the challenges, were stood out: prior planning to motivate participation and maintain motivation for dialogue; conciliation as to the time and place of the meetings; achieve flexibility in planning while keeping the focus of the research; and regarding to transcription of the information produced. **Conclusions:** the focus group technique enhances the understanding of verbal and nonverbal meanings and reactions. It requires researcher sensitivity, flexibility and creativity in research planning, as well as constant evaluation and empathy to negotiate with participants. Future research pass was glanced for using this method in patient safety studies, as the technique's richness and dynamism stimulate reflection, becoming a strategy for raising awareness and strengthening of a patient safety culture.

**KEYWORDS:** Focus Groups. Patient Safety. Methods. Qualitative Research. Data Collection

### 1 | INTRODUÇÃO

A técnica de coleta de dados de Grupo Focal pode ser definida como um tipo de debate grupal que valoriza a comunicação entre os participantes, a fim de gerar dados em profundidade e auxiliar os pesquisadores a perceber as formas diferentes de comunicação que as pessoas usam na interação <sup>(1)</sup>. Também ressalta os valores culturais e as normas do grupo. O pesquisador pode identificar o conhecimento compartilhado, o que faz com que seja uma boa técnica para a coleta de dados de temas delicados, complexos, pouco pesquisados ou que ainda sejam velados, como é o caso da Segurança do Paciente na obstetrícia. Nesse sentido, o grupo focal revela dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas (KITZINGER,2009).

Além de auxiliar na obtenção de perspectivas diferentes sobre o tema, neste caso, a segurança do paciente em obstetrícia, permite conhecer os processos de construções destas concepções por pessoas que partilham alguns traços em comum. Ainda, possibilita entender suas práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, seus comportamentos e atitudes, sendo importante para compreender as

representações, crenças, valores, preconceitos, linguagens e simbologias prevalentes (GATTI, 2005).

Essa técnica de coleta de dados tem sido mais utilizada na área da saúde a partir da década de 80 (COTRIM, 1996), apresentando uma tendência crescente nas pesquisas qualitativas e mistas. Investigações brasileiras (BACKES, et al., 2011; PRATES, et al., 2015) e internacionais (WHO, 2014) indicam os benefícios da técnica para compreensão, aproximação e troca entre profissionais e usuários, para aproximar a pesquisa do cenário de prática, sendo utilizada também para avaliação, criação e adaptação transcultural de protocolos e *checklist*. Contudo, apesar da sua maior utilização, ainda faltam subsídios, para os pesquisadores, sobre a organização e principalmente operacionalização dos grupos (DALL'AGNOL, TRENCH; 1999). De forma prática, poucas referências apresentam como potencializar a sua utilização ou descrevem como padronizar e operacionalizar os encontros e lidar com os reais desafios encontrados na experiência com esse método.

Ademais, sugere-se a realização de Grupos Focais para trabalhar temas que ainda apresentam escassez de informações, pouco debatidos, velados ou polêmicos. O que justifica sua utilização na temática da segurança do paciente e, em especial, na obstetrícia. Uma vez que, apesar da segurança do paciente nos ambientes de saúde não ser um tema novo, suas políticas em âmbito global e brasileiro ainda são recentes, sendo necessárias pesquisas que visem conhecer as perspectivas dos profissionais, pacientes e gestores nos distintos cenários, assim como quais as práticas mais seguras. Cabe ressaltar, que o conceito de segurança do paciente é entendido como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, cujos desfechos não têm relação com a doença base (RUNCIMAN, et al., 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013, estimula que os profissionais da saúde sejam parceiros e estejam sensibilizados para refletir e discutir sobre tema (BRASIL, 2014). Isso vai ao encontro da possibilidade da utilização da técnica de Grupo Focal, a qual utiliza o debate para a construção de novas ideias. E assim, pode fomentar o fortalecimento ou a construção de uma cultura de Segurança do Paciente.

A Cultura de Segurança do Paciente das instituições representa um conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo. Ela determina o compromisso, o estilo e o comprometimento da gestão de uma organização saudável e segura, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (ARDERN, 2015).

Uma revisão que buscou identificar o que a literatura científica aborda sobre Grupo Focal e Segurança do Paciente, evidenciou que dos 37 artigos avaliados, nenhum tinha como foco descrever a operacionalização dos grupos focais. Sendo a segurança do paciente relacionada com distintas temáticas, dentre elas os temas de terapia medicamentosa, formação e educação, assistência à saúde em geral e

atenção primária a saúde (SILVA et al., 2019). Esta lacuna de informações sobre como desenvolver os grupos, indicam a necessidade de ampliar os conhecimentos relacionados a esse método de investigação pela sua potência na área da segurança do paciente e, em especial, na obstetrícia.

Quando se discute segurança do paciente nessa área, um dos aspectos intrinsecamente relacionados é a qualidade do atendimento nas maternidades. A falta de efetivação de protocolos nestes ambientes compromete todo o processo de parto e nascimento no Brasil. Sobretudo, compromete-se a assistência ainda mais com o uso excessivo de intervenções desnecessárias e práticas inseguras. Entre elas, destaca-se: amniotomia, manobra de Kristeller, altos índices de cesarianas, episiotomias, violência obstétrica, ausência de protocolos de parto seguro e desuso de intervenções para a humanização do processo de parto (SALGADO, et al.; 2017. Leal, et al., 2014. WHO, 2014).

Dessa forma, questiona-se: quais as potencialidades e desafios na utilização da técnica de grupo focal para coleta de dados em pesquisas sobre segurança do paciente? Assim, o objetivo consiste em refletir acerca da utilização da técnica de grupo focal em pesquisa sobre a Segurança do Paciente.

## 2 | MÉTODO

Estudo de reflexão (SEVERINO, 2007) sobre os desafios e as potencialidades percebidas na utilização da Técnica de Grupo Focal, seguindo as referências metodológicas da técnica e teóricos da Segurança do Paciente (WHO, 2009).

Esta reflexão é oriunda da experiência de coleta de dados da pesquisa: “Percepções das profissionais da saúde acerca da Cultura de Segurança do Paciente na internação Obstétrica”, realizada em um Centro Obstétrico e em uma Unidade de Internação Obstétrica de um hospital universitário do sul do país.

O contato inicial com à população estudada ocorreu por meio de visitas técnicas, nas quais foram expostos os objetivos da pesquisa e realizado o convite verbal para participação, posteriormente, reforçado via e-mail e folders. Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde (técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos), que aceitaram participar voluntariamente, não havendo nenhuma desistência.

As informações foram coletadas por meio de seis encontros de Grupos focais, divididos em dois grupos de participantes que ocorriam em turnos inversos para garantir maior adesão. Foram realizados três encontros com cada grupo de 1 hora e 30 minutos cada, no período de agosto a dezembro de 2016.

Utilizou-se um guia de temas semiestruturado, com perguntas condutoras formuladas pelas pesquisadoras, qualificadas e validadas no grupo de pesquisa. O tema foco do primeiro encontro foi: a segurança do paciente e cultura de segurança. No segundo, foram discutidas oportunidades de melhoria no processo de parto e

nascimento relacionadas a Segurança do Paciente. No último encontro, o tema foco foi as potencialidades já existentes e futuras para a segurança do paciente nas unidades.

Para operacionalização, os encontros foram divididos em 5 momentos: apresentações e contrato grupal; apresentação dos objetivos; técnica (dinâmica) para estimular o debate; discussão/debate; e ao final, síntese e validação coletiva. Os encontros foram realizados em uma sala previamente agendada, visando proporcionar conforto e privacidade ao grupo. A pesquisadora, doutoranda em enfermagem, tinha experiência prévia na condução de grupos focais e fez o papel de moderadora das discussões, teve auxílio de uma observadora, também doutoranda com experiência na temática, que colaborou nos aspectos logísticos. Os dados foram gravados em áudio e transcritos na íntegra, sendo codificados pela pesquisadora e totalizando 125 páginas de transcrições. A saturação dos dados ocorreu em um processo contínuo de análise, de acordo com a natureza do problema discutido e objetivo da pesquisa.

A análise dos dados fundamentou-se na análise de conteúdo temática, a qual segue três etapas e é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2014). A pesquisa foi conduzida de acordo com todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer n. 1.719.276 de 2016.

Cabe ressaltar que para a construção desta reflexão foi importante valorizar as vivências e experiências anteriores dos autores com a técnica de coleta de dados (WEGNER, PEDRO; 2010. SILVA et al., 2014). Além disso, os mesmos têm desenvolvido pesquisas na área de segurança do paciente, o que potencializa as reflexões acerca da temática.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO (REFLEXÃO)

A realização da técnica de Grupo Focal em pesquisas sobre segurança do paciente apresenta diversas potencialidades e desafios. As potencialidades envolvem a criação de um cenário de discussão, no qual o vínculo e o respeito ao outro permitam debater, refletir e propor mudanças que visem o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente. No entanto, os desafios estão relacionados à organização e à operacionalização da técnica. Desta forma, esta reflexão indica as fortalezas e os aspectos a serem superados, assim como os caminhos que os pesquisadores realizaram para solucioná-los.

O planejamento do Grupo Focal consistiu-se em um grande percurso, iniciado com a construção do projeto e a preparação do guia de temas. Este representa um elemento essencial, que serve para nortear a discussão, sistematizando as questões e o objetivo de cada encontro do grupo focal em coerência com o objetivo geral proposto para a pesquisa. Obviamente, esse planejamento tem certa flexibilidade na

sua execução, característica condizente com as pesquisas de abordagem qualitativa, (MINAYO, 2014). Contudo deve-se ter cuidado de não replicar o senso comum de pensar nos grupos focais como “plano B” para as pesquisas, quando as entrevistas não se organizam, uma vez que essa organização exige muita dedicação, tempo e empenho do pesquisador.

No planejamento se preocupou com detalhes que permearam todas as sessões, incluindo iluminação, ventilação, cadeiras confortáveis, espaço neutro e adequado para a realização das técnicas e sem interferências externas. Para especialistas, “Os momentos de preparação dos encontros visam não só a organização destes, mas também criar um clima de aconchego, conforto, descontração, serenidade e segurança para todas as participantes” (RESSEL, 2003).

Nesta pesquisa, foi desenvolvido um guia de tema semiestruturado, constituído de questões específicas acerca da Segurança do Paciente no Centro Obstétrico e na Unidade de Internação Obstétrica e da descrição das dinâmicas que seriam realizadas em cada encontro para instigar o debate. As dinâmicas eram desenvolvidas por meio de metodologias ativas. Neste sentido, buscou-se proporcionar aos participantes, flexibilidade cognitiva (BACICH, MORAN; 2017) para um diálogo diferenciado, construído no grupo, possibilitando ajustes no decorrer do trabalho (GATTI, 2005).

A convocação do grupo focal, ou seja, o convite para integrar o grupo, foi elemento essencial para garantir a presença dos participantes (MAZZA, MELO, CHIESA; 2009). Sendo o primeiro contato, fundamental para estabelecer um clima de confiabilidade e desejo em participar do estudo. Neste momento, realizava-se a apresentação do estudo pela pesquisadora, com linguagem clara e honesta, visando à criação de um clima de confiança.

Este período de convocação, no caso desse estudo, foi de aproximadamente três meses. Assim, para divulgar a pesquisa utilizaram-se diferentes tecnologias em busca de motivar e sensibilizar os profissionais a participar. Nesta etapa, torna-se imprescindível ser paciente e criativo, para garantir que o maior número possível de pessoas seja sensibilizado sobre a pesquisa, além de exigir uma série de recursos diferenciados (MAZZA, MELO, CHIESA; 2009). Utilizou-se como recursos: cartazes espalhados nas unidades, convites individuais, por e-mail, visitas às unidades nas trocas de plantões e da utilização de novas ferramentas de comunicação como do aplicativo Whatsapp®. Além disso, foi explicado de que se tratava a pesquisa, ressaltando que não seriam mensurados seus conhecimentos, tão pouco seria realizado juízo de valor moral.

Ainda, participou-se de reuniões com coordenadores das equipes multiprofissionais e de aulas das residências em saúde, visando tornar os profissionais interessados em participar, em multiplicadores da pesquisa. Assim, no primeiro contato, dos participantes que demonstravam interesse, eram coletados seus nomes, o turno em que preferiam participar das sessões e seus contatos (telefone, Whatsapp® e e-mail). Posteriormente, realizava-se contato para combinar o primeiro encontro e

sua participação na pesquisa.

Destaca-se que o contato inicial com os participantes nas visitas às unidades e durante a realização dos convites, exigiu grande empenho por parte das pesquisadoras para estabelecer envolvimento deles com a pesquisa. Isso se deu desde o planejamento de como seria realizado os convites, até na forma de conduzir os grupos. Ainda, por se tratar de um estudo envolvendo diferentes categorias profissionais, isso demonstrou um desafio, devido às rotinas distintas, embora trabalhassem nas mesmas unidades. Para isso, foi necessário pensar em estratégias e horários diferentes para convidar as diferentes categorias profissionais.

Esta fase do método além de exaustiva demanda muito empenho dos pesquisadores. No entanto, foi desempenhada de maneira eficaz pelas pesquisadoras, uma vez que os participantes demonstraram motivação e envolvimento com a realização da pesquisa desde os primeiros contatos. Além disso, colocavam-se à disposição para ajudar, indicando outros profissionais para participar; foram empáticos com as pesquisadoras ao referir que sabiam como era difícil realizar pesquisas, principalmente se tratando desse método.

Nesta pesquisa, o fato das pesquisadoras (moderadora e observadora) não serem trabalhadoras do hospital se configurou como algo positivo. Apenas conheceram as unidades pesquisadas no período de aproximação com o campo de pesquisa e de convite aos participantes. O que permitiu adentrar ao campo sem conceitos pré-existentes. Além disso, mesmo tratando-se de uma temática polemica (segurança do paciente na obstetrícia), repleta do estigma da culpabilização dos profissionais da saúde. O fato das pesquisadoras não fazerem parte das equipes pode ter facilitado a construção de uma relação de confiança entre eles. Acredita-se que se fosse diferente os participantes poderiam sentir-se constrangidos em relatar questões importantes relacionadas à pesquisa a segurança do paciente.

Dentre as questões de organização, considerou-se o melhor horário de realização dos encontros, para que todos os profissionais pudessem participar. Inicialmente se pensou em realizar três encontros em um só turno, entretanto para ampliar a possibilidade de acesso e participação se replicou o número de grupos no turno inverso, ou seja, era realizado o mesmo encontro (mesma temática) no turno da manhã e à tarde. Assim, todos os profissionais interessados tiveram a possibilidade de participar no turno oposto ao horário de trabalho.

Constatou-se no desenvolvimento dos grupos, a importância da reavaliação da organização do ambiente. Após o primeiro encontro percebeu-se que o local escolhido, apesar de estar dentro da instituição hospitalar, era de difícil acesso aos participantes, atrasando o início da sessão. Assim, após avaliação do primeiro encontro, definiu-se novo local, o qual foi sugerido pelos próprios. Houve também a preocupação de, após as sessões, sempre realizar um momento de confraternização, que permita uma melhor interatividade entre os profissionais.

Destaca-se a criação de vínculo entre os participantes e desses com as

pesquisadoras uma potencialidade do Grupo Focal. Seu rápido estabelecimento surpreendeu todos envolvidos, uma vez que os mesmos não eram próximos, apesar ser colegas de diferentes setores (unidade de centro obstétrico e unidade de internação obstétrica) e profissionais de formações distintas (nível técnico e superior). Inicialmente acreditava-se que tais diferenças poderiam constranger alguns participantes e dificultar as trocas ou construção coletiva, o que não ocorreu devido ao cumprimento do *setting* (contrato do grupo, realizado no primeiro dia). Além disso, outra potencialidade consiste na existência de homogeneidade entre os participantes do grupo por se tratar de profissionais da saúde de um mesmo hospital e dos mesmos serviços, como se pressupõe um dos princípios básicos dos grupos focais (MAZZA, MELO, CHIESA; 2009).

Cabe destacar a importância da participação de profissionais de diferentes categorias profissionais, justamente para obter *insights* de como na rotina “real” a equipe multidisciplinar interage e toma decisões coletivas (BARBOUR, 2009). Para discussões sobre a segurança do paciente, esta característica torna-se fundamental uma vez que devesse envolver diferentes profissionais, tornando-se coerente à Cultura de Segurança do Paciente.

A especificidade da temática (a segurança do paciente na área obstétrica) favoreceu a participação dos profissionais, visto que consiste em um tema que é instigado pela gestão da instituição, tornando-se mais significativo aos mesmos. Cabe refletir que a cultura de segurança ainda é vista como algo punitivo e que estar em um grupo discutindo esse tema é inovador e potente, pois permite o que é proposição da cultura de segurança do paciente, discutir de forma coletiva a problemática, na perspectiva de uma abordagem educativa e preventiva de erros e incidentes de segurança.

Durante os encontros, os participantes expuseram sentimentos, dificuldades e facilidades relacionadas as experiências com a Segurança do Paciente. Por vezes, houve discussões mais acirradas, no entanto, prevaleceram demonstrações de respeito, empatia e admiração ao trabalho do outro, as quais convergiam para a proposição de práticas e rotinas seguras. Acredita-se que tal situação foi facilitada pelo *setting* (combinações do grupo) acordado no primeiro encontro e revisado com os participantes antes do início dos demais.

Assim, o ambiente de respeito e escuta fortaleceu o vínculo entre o grupo, encorajando a participação de todos, o que ocorreu naturalmente no processo de construção de uma identidade grupal ou identidade coletiva (MUNDAY, 2006). Esta representa o senso coletivo que se estabelece nas discussões, nas quais os significados são negociados, elaborando a “identidade coletiva” na interação social entre os participantes (MUNDAY, 2006).

Apesar do esforço da instituição para abordar questões da Segurança do Paciente e fortalecer uma cultura justa, a ocorrência de eventos adversos mostrou-se como um tabu, mantendo-se velada entre os profissionais. Sobressaindo a cultura de

que “o bom” profissional da saúde não erra, o que instiga o sentimento de cobrança entre eles (REASON, 2000). No entanto, no ambiente acolhedor da pesquisa isso se construiu de maneira distinta, pois os participantes sentiram-se protegidos e com liberdade para abordar questões conflitantes de seu dia a dia. Depreendeu-se isso quando após os encontros alguns profissionais buscavam as pesquisadoras para falar de questões pessoais que interferiam no tema e que até então elas não tinham se sentido bem para falar sobre.

Este fato, mais do que um juízo sobre como a instituição trabalha com essas questões, demonstrou um bom elo entre esses profissionais e as pesquisadoras. Como exemplo, pode-se citar um momento em que um participante da pesquisa em lágrimas, após longa conversa, disse que estava se sentindo bem e amparada em poder discutir a temática e estar participando da pesquisa.

Neste sentido, cabe ressaltar como potencialidade do emprego da técnica de Grupo Focal a possibilidade de retorno imediato da pesquisa aos participantes, realizando a devolutiva aos participantes do estudo como parte do compromisso ético das pesquisas. Assim, deve-se contribuir para conduzir o problema de pesquisa no cotidiano diário, sendo que a técnica proporciona um potencial para realizar esse tipo de exercício (BARBOUR, 2009).

Sobretudo, entende-se que o retorno ocorre imediatamente quando os profissionais repensam sobre suas práticas, seus medos em relação à temática ou até mesmo reorganizam seus conhecimentos com interferências dos colegas. Desta forma, configura-se em retorno da pesquisa, pois essa sensibilização dos profissionais possivelmente pode deixá-los mais engajados à temática da segurança do paciente.

Nessa conjectura, pode-se considerar esse método de coleta como uma excelente estratégia para a sensibilização e fortalecimento da segurança do paciente e do desenvolvimento de uma cultura de segurança, pois permitiu a reflexão e a construção coletiva de novos conhecimentos sobre o tema em obstetrícia. Ressalta-se a construção coletiva como um dos princípios básicos desse método (WESTPHAL, BOGUS, FARIA; 1996). Percebe-se que se alcançou isso quando ocorreram diferentes trocas entre os profissionais. Por vezes, as discussões não se constituíam como foco do grupo naquele momento, contudo eram significativas e importantes para os participantes e, portanto, não eram interrompidas pelas pesquisadoras.

Assim, nos encontros do Grupo Focal, os profissionais explicavam, contavam estratégias ou sanavam dúvidas sobre as rotinas e técnicas utilizadas para o fortalecimento da segurança do paciente. Essa troca é muito importante para assimilar conceitos, informações, construindo o conhecimento, afinal se pode aprender mais facilmente quando um colega (“um igual”) esta explicando algo (ALCÂNTARA, SIQUEIRA, VALASKI; 2004).

Desta forma, tal possibilidade aproxima os grupos focais de uma estratégia de aprendizagem colaborativa. A qual percebe os pesquisados como sujeitos ativos e participantes do processo de aprendizagem (ALCÂNTARA, SIQUEIRA, VALASKI;

2004). Isso auxilia para que o conhecimento seja compartilhado de forma homogeneia entre iguais, desfazendo-se o estigma da figura de um expert ou professor. No grupo focal em questão, não havia personagem “detentor do saber”, aquele que vem de fora e não divide as aflições diárias, tentando demonstrar um melhor caminho que ele muitas vezes não vivência. Além disso, quando as participantes realizavam uma explicação aos colegas, sentiam-se valorizadas no e pelo grupo, reforçando o seu conhecimento acerca do tema (ALCÂNTARA, SIQUEIRA, VALASKI; 2004). Essa troca de papéis e de conhecimento demonstra a possibilidade de valorizar e respeitar o entendimento de cada participante.

Outra potencialidade do uso da técnica relaciona-se ao tempo de coleta, que se torna mais curto. Todavia tal visão deve levar em consideração o tempo adicional e o esforço necessário para convocar os grupos de acordo com os requisitos da amostragem e a logística do planejamento das sessões (REASON, 2000), bem como o número de sessões que pode variar conforme o desenvolvimento da coleta (COTRIM, 1996).

Neste sentido, a possibilidade de utilização dos grupos focais permite a validação espontânea e imediata dos dados pelos participantes ao dar voz às “múltiplas vozes” (BARBOUR, 2009). Assim, ocorre praticamente concomitante à coleta das informações, sendo que no caso desta pesquisa ocorriam no encontro subsequente, logo após a transcrição dos dados pela pesquisadora, de uma semana para a outra. A validação pelos profissionais, consiste na tentativa de verificar a precisão das interpretações e as descobertas produzidas pelos pesquisadores (BARBOUR, 2009). Logo, não se buscou uma verdade absoluta, mas uma tentativa de garantir de forma mais fidedigna o entendimento do grupo sobre as próprias ideias construídas.

Outro desafio muito importante em pesquisas com grupos focais é relacionada à transcrição dos dados e organização desses para a análise. Pois, como se tem dados oriundos de discussões e troca de experiências entre várias pessoas, muitas vezes, no momento da gravação é difícil o entendimento, o tempo se torna prolongado e exaustivo para o pesquisador ou auxiliares. Em média nessa pesquisa, para cada 5 minutos de gravação levaram-se 25 minutos para se realizar a transcrição. Assim, vale ressaltar a importância de investir em fones confortáveis e planejar bem o cronograma dessa etapa.

Mesmo tendo sido utilizado dois dispositivos para gravação em pontos diferentes da sala, alguns autores (BARBOUR, 2009) sugerem a utilização de vídeos, o que pode ser muito válido, visto que reduz o risco de confundir os emissores de cada discurso.

Outro recurso para facilitar esse processo, foi a participação da moderadora e a utilização de diários de campo, pois ao registrar em diário de campo o nome dos participantes e o início de cada fala, isso facilitou o momento de transcrição. Além disso, no diário de campo é possível registrar aspectos da comunicação não verbal, o olhar diferente, as posturas dos participantes o que enriquece a contextualização na

análise dos dados. Ademais, sugere-se que a transcrição seja realizada pelo próprio pesquisador e de preferência na semana após a realização do grupo, para que todas as impressões e memórias não se percam. Para isso, retoma-se a relevância de um diário de campo completo, organizado por encontro, no qual observador e moderador anotem suas principais impressões sobre os participantes, o ambiente, as reflexões e as discussões.

## 4 | CONCLUSÕES

Ao final dessa reflexão torna-se possível concluir que o Grupo Focal em pesquisas sobre Segurança do Paciente consiste em uma valiosa estratégia para coleta de informações, desde que bem planejada e avaliada. Essa técnica potencializa a sensibilização e reflexão do grupo sobre o tema, oportuniza a formação de vínculos, captura dos significados e as reações verbais e não verbais dos participantes. Ao mesmo tempo, desafia o pesquisador, exigindo conhecimento profundo sobre o tema, flexibilidade e criatividade em relação ao planejamento da pesquisa, bem como constante avaliação na sua execução. Buscou-se estimular a reflexão acerca da riqueza, profundidade e dinamicidade dessa técnica de coleta de dados, vislumbrando um caminho, não único, mas como norte às futuras pesquisas.

Assim, utilizar os grupos focais como dispositivo para instigar o diálogo entre a equipe sobre um tema ainda com características de punitivo é desafiador, mas potente, pois prevê uma comunicação assertiva, trabalho em equipe, espaço educativo para falar sobre o tema, o que vai ao encontro do que se preconiza quando se discute cultura de segurança do paciente. Podendo ser inserida na dimensão da comunicação, considerada uma das mais importantes da Cultura de Segurança do Paciente e essenciais para a qualidade dos serviços em obstetrícia e consequentemente para a Segurança do Paciente.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P. R.; SIQUEIRA, L. M. M.; VALASKI, S. **Vivenciando a aprendizagem colaborativa em sala de aula: experiências no ensino superior.** Revista Diálogo Educacional, Curitiba, v. 4, n.12, p.169-188, 2004

ARDERN J. **Creating a safety culture. Manager of Education and Information Services.** Disponível em: [http://www.commerce.wa.gov.au/Works/afe/PDF/Forums/safety\\_culture-Jane\\_.pdf](http://www.commerce.wa.gov.au/Works/afe/PDF/Forums/safety_culture-Jane_.pdf). Acesso em: 9 nov. 2015.

BACICH, L.; MORAN, J. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática.** São Paulo: Penso Editora, 2017

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas.** O Mundo da Saúde, 35(4), 2011.

BARBOUR, R. **Grupos focais.** Porto Alegre : Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília (DF): 2014

COTRIM, C. B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias**. Rev. Saúde Pública, 30 (3): 285-93, 1996.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. **Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm. 1999;20(1):5-25

GATTI, E. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

KITZINGER J. **Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde**. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43

LEAL, M. C.; et al. **Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women**. Cad Saude Publica 2014;30(Suppl 1):S1-S16

MAZZA, V. A.; MELO, N. S. F. O.; CHIESA, A. M. **O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência**. Cogitare Enferm. 14:183-8; 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 14a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2014.

MUNDAY, J. **Identity in focus: the use of focus groups to study the construction of collective identity**. Sociology, 40(1): 89–105. 2006

PRATES, L. A.; et al. **A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(12):2483-2492, dez, 2015

REASON, J. **Human error: models and management**. Brit Med J. 2000; (320):768-770.

RESSEL LB. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. 316f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003a

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R., SCHAAF, T. V.; SHERMAN, H.; LEWALLEP. **Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms**. Int J Qual Health Care. 2009;21(1):18-26.

SALGADO, H. O.; SOUZA, J. P.; SANDALL, J.; DINIZ, C. S. G.; **Patient Safety in Maternity Care in Brazil: The Maternity Safety Thermometer as a Tool to Improve the Quality of Care**. Rev Bras Ginecol Obstet. 39:199–201. 2017

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez; 2007.

SILVA, S. C.; RESSEL, L.B.; PEDRO, E. N. R.; ALVES; C. N.; STUMM, K.; WILHELM, L. A. **Perceptions of adolescent women regarding gender differences: a descriptive study**. Online braz j nurs [internet] 2014 Jun [cited month day year]; 13 (2): 259-67. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4236>

SILVA, S. C.; et al. **Caracterização de estudos que abordam Segurança do Paciente por meio de Grupos Focais: revisão integrativa da literatura**. In: II Congresso Internacional da REBRAENSP. 2019. Porto Alegre. Anais...

WEGNER, W. PEDRO, E.N.R. **Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas**. Rev. Gaúcha Enferm. [periódico na internet] 2010. [acessado 2015 Mai 18]

31(2): [cerca de 7 p.] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/19.pdf>>

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. M. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.** Bol. Oficina Saint. Panam. Washington. 1996;120; 6: 472-481.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe Childbirth Checklist Collaboration: Improving the health of Mothers and Neonates Progress Report.** 2014. Acesso em 09.07 de junho de 2017. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc-progress-report-2014.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth:** WHO statement. Geneva; 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Genebra; 2009.

## NÚCLEO MULTIPROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE- FOCO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

### **Maria Antonia Ramos Costa**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **João Pedro Rodrigues Soares**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Hanna Carolina Aguirre**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Ana Maria Fernandes de Oliveira**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Natalia Orleans Bezerra**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Vanessa Duarte de Souza**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Dandara Novakowski Spigolon**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Giovanna Brichi Pesce**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Heloá Costa Borim Christinelli**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Kely Paviani Stevanato**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Neide Derenzo**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

### **Tereza Maria Mageroska Vieira**

Universidade Estadual do Paraná  
Paranavaí – Paraná

**RESUMO:** Visando eliminar a dicotomia entre as demandas populacionais, a realização das ações de saúde e a fragmentação do conhecimento dos profissionais, o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, criou em 2007 a Política Nacional de Educação Permanente, visando a qualificação efetiva dos profissionais do setor baseado nas demandas reais dos serviços. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada pelos membros da equipe do Projeto Núcleo Multiprofissional de Educação Permanente em Saúde- Foco na Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos (NUMEPS). O NUMEPS teve como objetivo criar um grupo multiprofissional para desenvolver um processo educativo permanente para os profissionais da área da saúde da região noroeste do Paraná. Foi realizado um diagnóstico das necessidades de formação permanente das equipes de saúde e, após, foram planejadas e organizadas oficinas utilizando-se metodologias ativas para trabalhar os temas e problemas detectados. A avaliação das atividades se deu por meio

de um instrumento semiestruturado elaborado pela equipe, além dos produtos de dinâmicas realizadas nas atividades, que permitem verificar o impacto do processo educativo nos participantes. Concluímos que um processo de educação permanente aos profissionais de saúde planejado por uma equipe multiprofissional fortalece o aprendizado e possibilita trocas de experiências e conhecimentos fundamentais para a melhoria da atenção à saúde. Destaca-se que para a equipe do projeto, diversas habilidades e competências foram desenvolvidas, como a melhoria na organização, planejamento, conhecimento teórico científico, comunicação interpessoal, trabalho em equipe, liderança, autonomia e tomada de decisões, competências fundamentais para o profissional de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação Permanente; Promoção da Saúde; Pessoal de saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

## PERMANENT HEALTH EDUCACION MULTIPROFISSIONAL CORE– FOCUS ON HEALTH PROMOTION AND DISEASES PREVENTION

**ABSTRACT:** Aiming to eliminate the dichotomy between population demands, the realization of health actions and the fragmentation of the knowledge of professionals, the Ministry of Health, in the use of its attributions, created in 2007 the National Policy of Permanent Education, aiming at the effective qualification of professionals in the sector based on the real demands of services. The objective of this study is to report on the experience experienced by the members of the Multiprofessional Project for Permanent Education in Health- Focus on Health Promotion and Prevention of Diseases (NUMEPS). NUMEPS aimed to create a multi-professional group to develop a permanent educational process for health professionals in the northwestern region of Paraná. A diagnosis of training needs was continuous training of health teams and, after, workshops were planned and organized using active methodologies to work on problems detected. The evaluation of the activities took place through a semi-structured instrument prepared by the team, in addition to the products of dynamics carried out in the activities, which allow to verify the impact of the educational process on the participants. We conclude that a process of permanent education for health professionals planned by a multiprofessional team strengthens learning and enables exchanges of experiences and knowledge that are fundamental to the improvement of health care. It stands out that for the project team, several skills and competencies were developed, such as improvement in organization, planning, knowledge scientific theoretical knowledge, interpersonal communication, teamwork, leadership, autonomy and decision-making, key competences for the health professional.

**KEYWORDS:** Permanent Education; Health Promotion; Health Personnel; Health Service Needs and Demands

## 1 | INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde acompanharam as mudanças econômicas,

sociais e políticas ao longo da história. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80, mudanças significativas no modelo de atenção à saúde têm sido produzidas. (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017)

A incoerência entre as condições de saúde da população e a organização da oferta dos serviços, têm evidenciado a necessidade premente de investimentos nos processos de formação e qualificação dos profissionais da área, tidos como um dos maiores impasses à consolidação do SUS. Ao longo dos anos 1990, algumas iniciativas foram implantadas nesse campo, entretanto predominou o padrão fragmentado, agravado pela intensa precarização do trabalho em saúde. (FRANÇA, 2017)

A partir de 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, quando é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), observam-se avanços no investimento de ações nesse contexto, passam a ser responsável pelo planejamento, coordenação e apoio às atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde. (TEIXEIRA; GONDIM; ARANTES, 2012)

Ainda nesse processo, foi implantada, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004, reformulada posteriormente com a Portaria GM/ MS nº 1.996/ 2007. A PNEPS constitui uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema. (BRASIL, 2007)

Desse modo, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, seus processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial. (FRANÇA, 2017)

Sendo assim, o projeto de extensão intitulado Núcleo Multiprofissional de Educação permanente em Saúde (NUMEPS), teve como objetivo abordar a saúde com uma ação compartilhada entre as diversas áreas de atuação, buscando qualificar profissionais ligados à 14<sup>a</sup> Regional de Saúde e demais instituições afins do estado do Paraná.

## 2 | METODOLOGIA

A Universidade Estadual do Paraná- UNESPAR- Campus de Paranavaí está localizada na região noroeste do estado do Paraná. As atividades de saúde na região são coordenadas pela 14<sup>o</sup> Regional de Saúde (RS) do estado, que constitui a instância administrativa intermediária da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e as Secretarias Municipais de Saúde dos vinte e oito municípios pelos quais a RS em

questão abrange (figura 1), tendo uma população geral de 251.076 habitantes. Além disso, a instituição é parceira da UNESPAR nas ações de formação dos profissionais da atenção primária em saúde e abertura de campos de práticas e estágio.



Figura 1 – Mapa da região de abrangência da 14<sup>a</sup> Regional de Saúde do estado do Paraná.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2018

O projeto NUMEPS foi criado para atender as 28 secretarias municipais de saúde da Região Noroeste do Paraná. O projeto foi organizado e desenvolvido em etapas, conforme apresentado a seguir:

1<sup>a</sup> etapa: Elaboração e encaminhamento de ofício para as instituições parceiras com a proposta de implantação do Núcleo Multiprofissional de Educação Permanente (NUMEPS) e termo de adesão;

2<sup>a</sup> etapa: Realizar reunião com as equipes gestoras e Controle Social. Para sensibilizar e conquistar apoio para implantação e continuidade do NUMEPS;

3<sup>a</sup> etapa: Realizar reunião com os profissionais de saúde, docente e acadêmicos para composição do NUMEPS e assinatura do termo de adesão;

4<sup>a</sup> etapa: Capacitar a equipe (bolsistas), sobre Educação Permanente (EP), por meio da equipe multiprofissional e da apoiadora do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);

5<sup>a</sup> etapa: Realizar visita técnica pelos integrantes do NUMEPS em pontos estratégicos como unidades de saúde e secretarias de saúde, para o levantamento das principais demandas sociais, educacionais e de saúde do município;

6<sup>a</sup> etapa: Participar de reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para

solicitar apoio aos gestores de saúde dos municípios e para elencar novas demandas e realizar o diagnóstico final as necessidades;

7<sup>a</sup> etapa: Estudo pelos integrantes do núcleo quanto aos: indicadores municipais e ações elencadas como prioritárias no plano municipal de saúde;

8<sup>a</sup> etapa: Elaborar o planejamento de ações intersetoriais e educacionais, com vistas a formação permanente dos profissionais de saúde, por meio de um calendário anual de atividades;

Os membros básicos que compõem a equipe do projeto, selecionados por meio de avaliação curricular e prova escrita, e oficializados por edital são: 4 acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR) e uma enfermeira recém-formada, além de uma docente coordenadora geral do projeto NUMEPS.

As atividades do projeto iniciaram-se em outubro de 2018. Inicialmente, nos meses de outubro a dezembro, foram realizados encontros com os componentes do núcleo, docentes, gestores dos serviços de saúde e demais indivíduos de instituições parceiras que tinham interesse em comporem o núcleo de educação permanente. Durante as reuniões, o projeto foi apresentado para os profissionais de saúde e de outras áreas afins que aceitaram o convite para conhecer a proposta.

Após esta reunião inicial os profissionais que tiveram interesse foram oficializados por meio de um documento elaborado pela equipe, que descrevia o compromisso com a participação no NUMEPS. Neste documento também ficou definido a formação específica de cada um e sua disponibilidade para participar efetivamente da construção das oficinas para as equipes de saúde.

Concomitantemente a apresentação do projeto e a oficialização dos participantes, iniciaram-se os trabalhos de diagnóstico das necessidades dos profissionais das equipes de saúde, que poderiam ser abrangidas em ações de educação permanente, norteando as futuras ações educativas e assim transformando a realidade local, como preconiza o Ministério da Saúde com a implantação da EP como estratégia educativa no SUS.(BRASIL, 2007)

Esse diagnóstico foi realizado durante os encontros e reuniões com os profissionais, gestores municipais, equipe da regional de saúde e coordenadores de programas de atenção básica, por meio de instrumento elaborado pela equipe, que continham espaços para sugestão de oficinas e algumas propostas já pré-elaboradas pela equipe do projeto. Foi utilizada a seguinte questão norteadora “Quais são os temas/assuntos que você e sua equipe necessitam de treinamento/capacitação/oficina que poderia ser atendido pelos profissionais que fazem parte do Núcleo Multiprofissional de Educação Permanente?”.

As sete oficinas iniciais, criadas pela equipe após o diagnóstico, foram: “Confecção de fantoches para ações de educação em saúde para crianças”; “Identificação de agravos relacionados ao pé diabético na visita domiciliar”; “Importância da prática

de atividade física e do alongamento para prevenção de agravos”; “Narguilé – como abordar os adolescentes”; “Atuação para a educação com a população sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e os Métodos contraceptivos”; “Desenvolvimento de horta comunitária” e “Atendimento ao público nos serviços de saúde”. As oficinas foram realizados nas unidades básicas de saúde, no auditório da 14<sup>a</sup> Regional de Saúde e no *campus* de Paranavaí da UNESPAR,

Destaca-se que o NUMEPES é composto por 31 pessoas entre profissionais de saúde, entre estes, docentes, acadêmicos e gestores que representam diferentes instituições, como secretarias municipais de saúde, universidades, clínicas privadas, e regionais de saúde.

Estes profissionais, por meio do NUMEPES e, após conhecer as necessidades e os temas prioritários para o processo de formação das equipes de saúde, elaborou uma planilha com suas habilidades/competências para prestar apoio e suporte na organização e planejamento de cada oficina que seria desenvolvida, complementando as sete primeiras.

Com esse instrumento em mãos, a equipe do NUMEPES organiza a oficina reunindo as necessidades dos profissionais beneficiados e as possibilidades do ministrante. Quando necessário, convidados externos ao NUMEPES foram convidado para ministrar oficinas com temas específicos, como no caso das doenças crônicas, que foi realizada em parceria com a clínica de cardiologia Clinicor de Paranavaí-Pr.

Para cada atividade educativa há um planejamento prévio, havendo um estudo e contextualização com o tema, escolha de metodologias ativas e confecção de materiais para sua execução, levando em consideração o público alvo, o local, o número de pessoas envolvidas, o tema da oficina e as dinâmicas propostas. O tempo médio de duração de cada oficina é de 4 horas. Os materiais como papel pardo, canetas coloridas, data-show, doces, cordas, computador, entre outros, são utilizados no desenvolvimento das oficinas e fornecidos pelo NUMEPES.

Visando uma transformação efetiva da realidade dos serviços de saúde, o projeto adere as metodologias ativas como estratégia prioritária de ação nas suas práticas educativas. As metodologias ativas são entendidas como processos interativos de educação, pesquisa, análise e decisão, que busca desenvolver a capacidade de observação e solução de questões nas quais o indivíduo está inserido, considerando os conhecimentos adquiridos e as experiencias prévias. (BERBEL, 2011)

O público alvo das oficinas envolve aqueles que trabalham nos serviços de saúde como os agentes comunitários de saúde (ACS), agente comunitário de endemias (ACE), enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outras diversas categorias profissionais envolvidas na assistência e gestão da saúde, incluindo profissionais de outros setores.

### 3 | RESULTADOS

O NUMEPS atendeu 20 municípios até o mês de julho de 2019, pertencentes a 14<sup>a</sup> Regional de Saúde do Estado do Paraná e 03 municípios pertencentes a 15<sup>a</sup> Regional de Saúde, sendo eles: Santo Inácio, São Jorge do Ivaí e Sarandi. Foram desenvolvidas 44 oficinas com a participação de diversas categorias profissionais como mostra o Quadro 1.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DE ATENDIDOS
Agente comunitário de saúde	440
Enfermeiros	106
Acadêmicos	89
Técnicos de enfermagem	68
População geral	67
Médicos	53
Agentes administrativos	30
Coordenadores	24
Agente comunitário de endemias	17
Docentes	11
Assistente social	4
Psicólogos	3
Dentista	2
Educador físico	2
Fisioterapeuta	2
Fonoaudióloga	2
Nutricionista	2
<b>TOTAL</b>	<b>922</b>

Quadro 1- Quantitativo de profissionais atendidos por categorias profissionais.

Paraná-Pr, 2019

Nota-se que os agentes comunitários de saúde (ACS) representaram 47,7% do público total, enquanto a segunda categoria profissional mais atendida, os enfermeiros, representaram 11,4%. Sabe-se que nas equipes da atenção básica, como preconizado pelo Ministério da Saúde os ACS são em maior número. (BRASIL, 2017)

Considerando as diferenças sócio-econômico-culturais e de saúde dos municípios de abrangência do projeto, o NUMEPS planejou diferentes oficinas para atender as demandas específicas apresentadas. Entre os temas mais abordados estão: Qualidade no atendimento ao público nos serviços de saúde; Confecção de fantoches para ações de educação em saúde para crianças; Identificação de agravos relacionados ao pé diabético na visita domiciliar; Importância da prática de atividade

física e do alongamento para prevenção de agravos; educação com a população sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e os Métodos contraceptivos; Desenvolvimento de horta comunitária; Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família – diretrizes e estratégias de ação; Manejo da Hipertensão na Atenção Básica; Saúde do idoso com foco na prevenção de quedas e da violência; Imunização; entre outros.

As oficinas de Confecção de Fantoches para ações de educação em saúde para crianças e a Qualidade no atendimento ao público nos serviços de saúde, foram as mais solicitadas pelos serviços de saúde. A oficina de fantoches, priorizava a construção de fantoches para o trabalho de prevenção da dengue para o público infantil, e este fato chamou a atenção dos gestores e profissionais devido a epidemia de dengue que assola o Brasil. Para esta oficina, inicialmente foi realizado junto aos profissionais que compõem o núcleo a discussão sobre uma abordagem efetiva com o público infantil, visto a dificuldade de prender a atenção das crianças e, sabendo que as formas tradicionais de educação não conseguem atingir seus objetivos na totalidade.

Definiu-se então que, por meio do lúdico, que faz parte da rotina das crianças, em suas brincadeiras, conversas e interações, como também da sua imaginação seria a estratégia metodológica para desenvolver a reflexão nas crianças. O teatro lúdico é um dos métodos de interagir com o mundo das crianças, visto que a mensagem transmitida pela dramatização pode ser mais facilmente captada pela criança, estimulando o processo de união entre a descontração e a educação. (ALCÂNTARA, 2017).

Logo, para atender à demanda emergente de ações educativas voltadas para o controle da dengue e do seu vetor, a equipe do projeto formulou uma oficina para que os profissionais de saúde consigam abordar este tema e outros para a educação infantil. Utilizou-se como metodologia inicialmente uma roda de conversa sobre a relevância do tema e a importância da abordagem diferenciada com a população mais jovem, e posteriormente a confecção de fantoches, no final da oficina foi explorada a imaginação dos profissionais e as dramatizações foram criadas por eles utilizando os fantoches, habilitando-os desta forma a desenvolver com a população adscrita na sua área ações de educação em saúde.

A segunda oficina mais solicitada foi a de qualidade no atendimento, esta escolha está relacionada com a preocupação em desenvolver um acolhimento humanizado nas unidades básicas de saúde, como preconiza os princípios de diretrizes do SUS. A metodologia empregada foi a discussão do tema com auxílio de aparelho multimídia acerca das boas práticas no atendimento ao público e duas dinâmicas, uma de sensibilização e empatia e outra a fim de proporcionar uma reflexão sobre a prática do atendimento ao público.

A qualidade do atendimento prestado ao público nos serviços de saúde, apresenta-se como um grande desafio que aponta urgente transformação. Em quase todas as instituições de saúde existe um grande rodízio de pessoal e um constante

descontentamento dos funcionários devido a carga de trabalho excessiva e a baixa remuneração. (MOTTA; FERREIRA e REIS, 2018)

Ao iniciar a oficina supracitada, a equipe do NUMEPS abre espaço para a reflexão dos participantes de como acontece o atendimento ao público nas suas unidades de saúde e solicitou que, após refletirem, anotassem o fruto da sua introspecção em uma folha em branco e a guardessem.

Antes do término da oficina, solicita-se que os mesmos revejam o que anotaram na folha e em seguida se faz outro questionamento: “O que você pode fazer, após receber essas informações, para melhorar o seu atendimento aos usuários do seu serviço?”, visando uma autoanálise e consequente alteração da atitude perante os usuários dos serviços.

Durante a oficina é realizada outra dinâmica com o objetivo de sensibilizar os participantes sobre a empatia. A equipe é dividida em 2 grupos, cada um recebe as orientações da equipe do NUMEPS. Assim, o grupo que estava fora do auditório retornará e terá como objetivo posicionar-se ao lado de um indivíduo do grupo oposto para contar uma história que considera relevante; e o outro grupo é incumbido de ignorar a fala do colega.

Depois de alguns minutos a equipe NUMEPS, encerra a dinâmica e questiona o sentimento dos participantes ignorados e dos que foram responsáveis por ignorar os colegas, e em seguida discute a importância do acolhimento dos indivíduos, de uma escuta qualificada e da empatia para a criação do vínculo entre a equipe de saúde e o usuário.

Para a avaliação das atividades propostas pelo NUMEPS a equipe elaborou um instrumento semiestruturado com questões relacionadas a oficina realizada, objetivando avaliar sua execução e os aspectos que a envolvem (conteúdo teórico, áudio/visual, dinâmicas, materiais, metodologia utilizada, tempo, local). Ao final de cada oficina o instrumento é distribuído, o que permite a equipe NUMEPS receber um feedback do público para aprimorar suas ações. Destaca-se também que avaliação sobre a relevância do tema, aplicabilidade e explanação do conhecimento teórico/científico do palestrante são abordados no instrumento.

A avaliação do processo educativo tem como função a busca de aperfeiçoamento das ações, assim como a reorientação e a recondução dos processos. Este processo é fundamental na análise dos resultados obtidos, situando educadores e educandos sobre as fragilidades e potencialidades das propostas educativas. As informações advindas das avaliações, primordialmente, podem subsidiar novas proposições educativas. (SILVA, 2016)

Como são utilizadas metodologias ativas que exigem um momento de reflexão e posteriormente a produção de material como tarjetas e cartazes, com conceitos, ideias, dúvidas, sugestões, críticas e propostas de ações futuras dos profissionais participantes das oficinas, estes produtos também são utilizados para verificar o conhecimento adquirido na oficina e o impacto na realidade individual de cada

participante. Percebe-se que esta estratégia auxilia na criação da autonomia profissional e da equipe para resolução de situações do cotidiano.

Verificou-se que, o processo de educação permanente proposto pelas atividades de extensão do NUMEPS impactou positivamente na assistência à saúde da população, isto foi possível identificar nas avaliações realizadas pelos profissionais e por meio dos depoimentos de gestores e coordenadores dos programas da atenção primária à saúde. Uma pesquisa realizada na Universidade Tiradentes aponta a relevância da extensão universitária para a comunidade e para a formação acadêmica. As atividades de extensão estreitam a relação sociedade-universidade, que durante as ações é pautada numa cooperação em que os discentes atuam praticando os conteúdos abordados dentro dos muros institucionais, enquanto a comunidade se beneficia recebendo informações que contribuem para a melhoria da sua qualidade de vida. (RODRIGUES, et al. 2013)

O projeto NUMEPS não se encarrega de capilarizar sua atuação, mas dá subsídio e aprimora a prática daqueles que o fazem. Quanto aos discentes integrantes do projeto, a oportunidade de realizar e adequar o conhecimento adquirido em sala de aula às demandas sociais é fundamental. Ademais, o aperfeiçoamento das práticas de educação permanente em saúde é fundamental para a atuação pós formação.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos propostos no projeto de extensão foram atingidos, já que as atividades de educação permanente foram desenvolvidas para mais de novecentos profissionais, de vinte e três municípios. Ademais, o NUMEPS fortaleceu o princípio de que o cuidado à saúde da população deve ser de responsabilidade de toda a equipe e que, cada um tem sua importância e valor dentro deste processo, o cuidado integral ao indivíduo só acontece com ações colaborativas entre a equipe e, esta colaboração deve ser desenvolvida por meio da formação permanente.

Destarte a contribuição para a formação dos discentes, a participação em um projeto de extensão foi extremamente significante para o aprimoramento de suas habilidades de trabalho em equipe, comunicação, organização, planejamento, tomada de decisão e execução das oficinas. Ademais, o conhecimento teórico/científico foi aprofundado pelos estudos, discussões e trocas de experiências com os diversos profissionais componentes do NUMEPS, que levou a um avanço no aprendizado e contribuição para uma formação acadêmica mais completa.

Agradecemos à Superintendência Geral de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior -SETI e ao programa Universidade Sem Fronteiras pelo fomento concedido ao projeto, que possibilitou sua plena execução.

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L. R.; **Pedagogia do Teatro: Uma Experiência de Ensino-aprendizagem na Sala de Aula**. Revista NUPEART: volume 17, 2017. Disponível em: [www.revistas.udesc.br/index.php/nupeart/article/download/11688/7564](http://www.revistas.udesc.br/index.php/nupeart/article/download/11688/7564)

BERBEL, N.A.N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jun. 2011. Disponível em: [http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel\\_2011.pdf](http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1999, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 20 de agosto de 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

FERREIRA, L.M.F. REIS, M.R. **Princípios Disney de Excelência na Qualidade de Atendimento ao Ciente Aplicáveis o Ambiente Hospitalar**. Revista inspirar. v. 2, n.1, p. 1-6. 2018.. Disponível em: <http://faculdadeinspirar.com.br/revistagd/wp-content/uploads/2018/12/PRINC%C3%8DPIOS-DISNEY-DE-EXCEL%C3%8ANCIA-NA-QUALIDADE-DE-ATENDIMENTO.pdf>

FRANÇA, T. et al. **Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço**. Ciência & Saúde Coletiva, v.22, n.6, p.1817-1828. 2017

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G.S; SILVA, A.L.A. **Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online], Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-320. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0136>

RODRIGUES, A.L.L. et al. **Contribuições da Extensão Universitária na Sociedade**. Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais, Aracaju, v. 1, n.16, p. 141-148. mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/494/254>

SILVA, L.A.A., et al. **Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 765-781, Dec. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.

TEIXEIRA, M.; GONDIM, R.O.; ARANTES, R.F. **Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula**. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. Políticas de Saúde no Brasil. Continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

## O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS COM A FISTULA ARTERIOVENOSA EM UM CENTRO DE HEMODIÁLISE

### **Karlieny de Oliveira Saraiva**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Monyka Brito Lima dos Santos**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Augusto César Evelin Rodrigues**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Jociane Cardoso Santos Ferreira**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias-MA.

### **Jeíse Pereira Rodrigues**

Universidade Estadual do Pará - UEPA, Belém - PA.

### **Jumara Andrade de Lima**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Bacabal - MA.

### **Magda Wacemberg Silva Santos Souza**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

### **Andréia Pereira dos Santos Gomes**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, Caxias - MA.

### **Bentinelis Braga da Conceição**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

### **Paulliny de Araujo Oliveira**

Faculdade Santo Agostinho - FSA, Teresina - PI.

### **Rosevalda Cristine Silva Bezerra**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

### **Camilla Lohanny Azevedo Viana**

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão - UniFacema, Caxias - MA.

**RESUMO:** Hemodiálise é um procedimento de purificação do sangue, que se deve a ineficiência dos rins em desempenhar seu papel, neste processo, a presença da equipe de enfermagem é essencial para o acompanhamento e orientação de pacientes quanto aos cuidados e complicações com a Fístula Arteriovenosa (FAV). Objetivou-se avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados com a FAV em um Centro de Hemodiálise no município de Caxias, Maranhão, Brasil. Estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado junto à 30 profissionais de enfermagem em um Centro de Hemodiálise, de abril e maio de 2018. Na análise dos dados utilizando-se o Software EPI INFO. Pesquisa aprovada com CAAE: 83827618.7.0000.8007. Nos resultados, 76,7% dos profissionais demoram de 1 a 2 meses para puncionar a FAV, 100% orientam a lavagem do membro com água e sabão, 60% sempre realizam lavagem das mãos antes e após procedimentos, 70% realizam palpação do frêmito antes da punção, 50% pressão digital, 66,7% avaliam membro antes da punção, 100% dos pacientes relatam dor no local de punção. 100% dos profissionais entrevistados

relatam ter feito mais de três treinamentos ao longo do ano. Em relação ao calibre das agulhas, 70% escolheram nas primeiras punções agulhas calibre 17G. O estudo demonstrou que a equipe de enfermagem dispõe de treinamento e conhecimento para desenvolver suas práticas de cuidado e orientação dos pacientes, a educação permanente é relevante e fundamental para a eficiência e eficácia do processo de cuidado, durabilidade e resistência da FAV, bem como a qualidade de vida do cliente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hemodiálise. Fístula Arteriovenosa. Cuidados de Enfermagem.

## KNOWLEDGE OF NURSING TEAM ON CARE OF ARTERIOVENOUS FISTULA IN A HEMODIALYSIS CENTER

**ABSTRACT:** Hemodialysis is a blood purification procedure, due to the inefficiency of the kidneys to play their role. In this process, the presence of the nursing staff is essential for the monitoring and orientation of patients regarding the care and complications with the Arteriovenous Fistula (AVF). The objective of this study was to evaluate the knowledge of the nursing staff about the care of AVF in a Hemodialysis Center in Caxias, Maranhão, Brazil. Cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 30 nursing professionals in a Hemodialysis Center, April and May 2018. In the data analysis using the EPI INFO Software. Research approved with CAAE: 83827618.7.0000.8007. In the results, 76.7% of professionals take 1-2 months to puncture the AVF, 100% guide the limb washing with soap and water, 60% always perform hand washing before and after procedures, 70% perform thrill palpation before puncture, 50% digital pressure, 66.7% evaluate limb before puncture, 100% of patients report puncture site pain. 100% of the interviewed professionals report having done more than three training sessions during the year. Regarding the size of the needles, 70% chose in the first punctures 17G needles. The study showed that the nursing staff has training and knowledge to develop their patient care and guidance practices, continuing education is relevant and fundamental to the efficiency and effectiveness of the care process, durability and resistance of AVF, as well as customer's quality of life.

**KEYWORDS:** Hemodialysis. Arteriovenous Fistula. Nursing Care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A hemodiálise trata-se de um processo impulsionado por difusão para depuração de solutos relativamente pequenos, como os eletrólitos e a ureia. Os principais componentes do sistema hemodialítico são o rim artificial ou o dialisador, em que os respectivos dispositivos mecânicos bombeiam o sangue do paciente e o dialisador uma substância química utilizada na hemodiálise (SANTOS et al., 2017).

O procedimento inicia-se com a obtenção do sangue, por meio de um acesso venoso, seguido de um sistema de circulação extracorpórea que faz o transporte do sangue até um filtro capilar (dialisador), no qual ocorrem as trocas entre o sangue e a solução de diálise, através de uma membrana semipermeável, baseadas nos

princípios de difusão, osmose e ultrafiltração, no qual a etapa final consiste no retorno do sangue filtrado ao corpo (MANFREDI *et al.*, 2011; DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

O paciente renal crônico se depara com diversos conflitos que causam modificações no estilo de vida, dentre eles, restrição para algumas atividades físicas e alimentos, necessitando da hemodiálise e do controle rigoroso da dieta e ingestão hídrica. Assim, no contexto do adoecimento e da necessidade de hemodiálise, as repercussões da doença afetam tanto o paciente quanto os familiares e sociais (FRAZÃO *et al.*, 2014).

Conforme Nogueira *et al.*, (2016), para realizar a hemodiálise, o paciente necessita de um acesso vascular como uma Fístula Arteriovenosa (FAV), Cateter Venoso de Duplo Lúmen (CDL) ou enxerto. A FAV se tornou para o paciente em tratamento dialítico um meio importante para a realização do tratamento hemodialítico, é considerada um método seguro que proporciona conforto e uma sobrevida benéfica ao paciente.

A FAV é a modalidade de escolha para acesso vascular definitivo, é o acesso permanente mais seguro, de maior duração, sendo de vital importância para o usuário, trata-se ainda do método de melhor acesso para hemodiálise e necessita de cuidados que têm por finalidade proporcionar maior durabilidade à FAV, os cuidados incluem: manter o braço elevado, evitar curativas circunferências ajustados, mensuração de pressão arterial, avaliação do fluxo sanguíneo diário e realizar exercícios de compressão manual (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

Além disso, alguns cuidados devem ser empregados como a compressão adequada para hemostasia após a diálise, poupar o membro do acesso, evitando grandes esforços, infusões venosas, entre outros. Tais cuidados visam prevenir e minimizar complicações comuns à FAV, como, hipofluxosanguíneo, tromboses, aneurismas, infecções, isquemia da mão, edema de mão e sobrecarga cardíaca (PESSOA; LINHARES, 2015).

Para tanto, o profissional enfermeiro deve estar presente durante os turnos de diálise, de forma a verificar e reconhecer as necessidades de cada doente renal de forma individual, bem como orientar o paciente e seus familiares em relação a doença e suas complicações, fornecendo todas as possíveis orientações sobre o tratamento dialítico. Como o profissional de enfermagem é aquele que se encontra diretamente com o paciente, deve oferecer uma maior segurança na assistência (FRAZÃO *et al.*, 2014).

Conforme exposto, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os cuidados de enfermagem com a FAV de pacientes em um Centro de Hemodiálise? Com isso, o estudo objetivou avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados com a Fístula Arteriovenosa em um Centro de Hemodiálise no município de Caxias, Maranhão, Brasil.

Compreender quais as complicações que podem ocorrer com a FAV do

paciente e quais os possíveis cuidados para identificação de alterações que possam comprometer o bom funcionamento da FAV durante a hemodiálise, são relevantes e essenciais para o processo de tratamento e qualidade de vida do cliente. Com isso, a investigação realizada neste estudo poderá trazer subsídios para o desenvolvimento de futuras estratégias educativas e conhecimento para os profissionais de enfermagem que cuidam de pacientes sob diálise.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa (BORDALO, 2006). A pesquisa foi realizada em um Centro de Diálise na cidade de Caxias, Maranhão, Brasil. O referido centro é uma unidade de prestação de serviços em saúde que funciona há cerca de 20 anos e se destina a assistir pacientes com Doença Renal Crônica em estágio terminal, sua cobertura assistencial se estende a outros 34 municípios.

A população de amostra foi composta por 30 profissionais de enfermagem que exercem suas funções no setor de hemodiálise há pelo menos 6 meses e que aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço por motivos de férias, licenças e atestados médico, além daqueles que foram admitidos no Centro de Diálise há menos de 06 meses, bem como, os que não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um questionário de perguntas fechadas, nos meses de abril e maio de 2018. Os dados foram transferidos para uma planilha no programa Excel 2010 e a análise dos dados foi realizada utilizando-se o Software EPI INFO (for WINDOWS versão 3.5.3/2011), com o intervalo de confiança a ser considerado é de 95% e a margem de erro de 5%. Os resultados foram avaliados através de frequências simples e absolutas e por porcentagem no bare 100.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Ciências e Tecnologias do Maranhão - UNIFACEMA com CAAE nº 83827618.7.0000.8007. Os pesquisadores responsáveis e participantes se comprometeram com as normas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012.

## 3 | RESULTADOS

O presente estudo analisou as respostas dos 30 (trinta) profissionais de enfermagem, sobre o conhecimento em relação aos cuidados com a FAV, observou-se que quanto ao tempo de punctionamento, a FAV quando confeccionada, 23 (76,7%) dos profissionais levaram de 1 a 2 meses para realizar a punção, 6 (20%) levaram de 2 a 3 meses e somente 1 (3,3%) realizou em 1 mês.

Quanto aos cuidados e orientações de enfermagem no momento da punção,

(Nº30=100%) todos os profissionais investigados orientavam o paciente a lavar o membro da FAV com agua e sabão antes das punções. Dos profissionais entrevistados, 18 (60%) afirmaram realizar a lavagem das mãos antes e após os procedimentos, 7 (23,3%) realizavam a lavagem muitas vezes e os outros 5 (16,7%) apenas as vezes. A realização da palpação do membro para sentir o frêmito antes das punções foi efetivada por 21 (70%) dos profissionais, enquanto os outros 9 (30%) referiram realizar muitas vezes.

Do total, 15 (50%) profissionais verbalizaram que as vezes utilizavam a pressão digital para facilitar a introdução da agulha sem o garrote, sendo que 9 (30%) fazem muitas vezes e 6 (20%) sempre fazem o uso da pressão digital para a introdução da agulha sem garrote. Sobre avaliação em membro da FAV comparando com o outro membro contralateral para visualizar alguma normalidade antes das punções, 20 (66,7%) dos profissionais sempre avaliam, 6 profissionais (20%) muitas vezes e 4 reforçaram (13,3%) somente as vezes.

Quanto a orientação ao paciente para comunicar a enfermagem se houver qualquer sensação no local da punção no período intradialítico, 30 profissionais (100%) afirmaram que sempre fazem essa recomendação (TABELA 1).

VARIAVEIS	Nº	%
<b>O tempo para puncionar a FAV, quando confeccionada</b>		
<1 mês	1	3,3
1 a 2 meses	23	76,7
2 a 3 meses	6	20
<b>Orienta o paciente a lavou o membro da FAV com agua e sabão antes das punções</b>		
Sempre	30	100
<b>Lavagem das mãos antes e após procedimentos</b>		
Às vezes	5	16,7
Muitas vezes	7	23,3
Sempre	18	60
<b>Palpação para sentir o frêmito, antes das punções</b>		
Muitas vezes	9	30
Sempre	21	70
<b>Realiza pressão digital para facilita a introdução da agulha, sem garrote</b>		
Às vezes	15	50
Sempre	15	50
<b>Antes das punções é avaliado o membro da FAV</b>		
Às vezes	4	13,3
Muitas vezes	6	20
Sempre	20	66,7
<b>Paciente comunicar sensação de dor no local da punção intradialítica</b>		
Sempre	30	100
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

TABELA 1: Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados em relação a Fistula Arteriovenosa. Caxias, MA, Brasil. 2018. (N=30).

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Em relação aos critérios na escolha do calibre das agulhas utilizadas pela equipe de enfermagem, 21 (70%) dos profissionais, escolheram nas quatro primeiras punções da FAV agulhas com calibre de 17G, 3 profissionais (10%) confirmaram que as vezes escolhiam o calibre de 17G e 6 (20%) raramente utilizavam a 17G.

Quanto ao acesso de agulha com calibre 16G para fluxo sanguíneo de até 50ml/min., 22 (73,3%) dos profissionais escolheram sempre esse calibre de agulha, 4 (13,3%), somente as vezes e 4 (13,3%) raramente faziam uso da agulha com calibre 16G. Quanto a agulha de 15G para fluxo sanguíneo de até 450ml/min., 19 (63,3%) dos profissionais escolheram somente as vezes, 9 (30%) raramente utilizam agulha com calibre 16G e 2 (6,7%) dos profissionais sempre a escolhem (GRÁFICO 1).

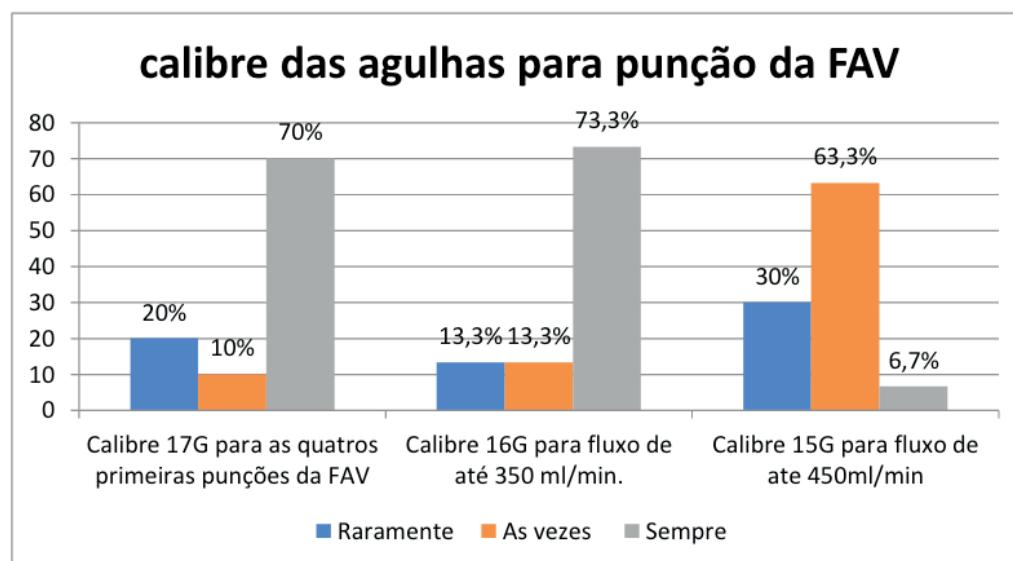


GRÁFICO 1: Critérios na escolha do calibre das agulhas para punção da FAV. Caxias, MA, Brasil. 2018. (N=30)

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Para os cuidados que promovem a hemostase na FAV a partir da compressão digital contínua no momento da retirada da agulha, 15 (50%) dos profissionais de enfermagem relataram sempre realizar a compressão digital, 10 (33,3%) dos profissionais apenas algumas vezes e 5 (16,7%) dos profissionais raramente fazem a compressão digital.

A equipe de enfermagem foi questionada sobre a prática de utilizar curativos compressivos na forma não circular para não comprimir o lúmen do acesso após hemostase e 22 (73,3%) confirmaram sempre fazer o curativo, enquanto 8 (26,7%) dos profissionais não quiseram responder. Quando indagados sobre a realização de orientação dos pacientes com FAV para que os curativos fossem retirados após 6 horas, 23 (76,7%) afirmaram sempre realizar orientação do horário de retirar e 7 (23,3%) revelaram orientar apenas às vezes (TABELA 2).

VARIAVEIS	Nº	%
<b>Após retirada da agulha, promove hemostase na FAV com pressão digital continua.</b>		
Raramente	5	16,7
Algumas vezes	10	33,3
Sempre	15	50
<b>Após hemostase coloca curativo de forma não circular nas duas punções</b>		
Sempre	22	73,3
Não responderam	8	26,7
<b>Orienta o paciente que deve retirar após 6 horas o curativo.</b>		
Algumas vezes	7	23,3
Sempre	23	76,7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

TABELA 2: Cuidados após a retirada da agulha. Caxias, MA, Brasil. 2018. (N=30).

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Em relação as intercorrências mais relatadas pelos profissionais de enfermagem durante as sessões de hemodiálise, 27 profissionais (90%) indicaram que a formação de hematomas ou extravasamento de sangue ocorreram raramente e 3 profissionais (10%) citaram que estes eventos decorrem algumas vezes. Outro evento é o edema e 28 (93,3%) denotaram que ocorre raramente e 2 (6,7%) revelaram que algumas vezes ocorreu esse evento.

No tocante as queixas de dor no local da punção, 17 (56,7%) dos profissionais raramente recebem queixas, 8 (26,7%) muitas vezes e 5 (16,6%) recebem queixas apenas algumas vezes. Em referência à FAV colabando, 26 (86,7%) raramente depararam-se com esta situação, 3 (10%) algumas vezes e 1 (3,3%) revelou que a FAV colabando ocorreu muitas vezes durante seus cuidados de enfermagem. Acerca da trombose, 28 (93,3%) dos profissionais informaram que raramente ocorreu e 2 profissionais (6,7%) observaram algumas vezes. No que concerne o aneurisma, os 30 profissionais (100%) afirmaram raramente suceder durante seus cuidados (TABELA 3).

VARIAVEIS	Nº	%
<b>Hematomas ou extravasamento</b>		
Raramente	27	90
Algumas vezes	3	10
<b>Edema</b>		
Raramente	28	93,3
Algumas vezes	2	6,7
<b>Dor no local da punção</b>		
Raramente	17	56,7
Algumas vezes	5	16,6
Muitas vezes	8	26,7
<b>FAV colabando</b>		
Raramente	26	86,7

Algumas vezes	3	10
Muitas vezes	1	3,3
<b>Trombose</b>		
Raramente	28	93,3
Algumas vezes	2	6,7
<b>Aneurisma</b>		
Raramente	30	100
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

TABELA 3: Intercorrências mais frequentes com a FAV durante a hemodiálise. Caxias, MA, Brasil. 2018. (N=30).

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

Quanto aos treinamentos contínuos da equipe de enfermagem, 16 (53,3%) dos profissionais evidenciaram sempre receber treinamentos e 14 (46,7%) algumas vezes, sendo que 30 (100%) já receberam de três ou mais (TABELA 4).

VARIAVEIS	Nº	%
<b>Treinamentos continuo</b>		
Algumas vezes	14	46,7
Sempre	16	53,3
<b>Quantos treinamentos recebeu</b>		
Três ou mais	30	100
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

TABELA 4: Treinamentos dos profissionais do Centro de Hemodiálise. Caxias, MA, Brasil. 2018. (N=30)

Fonte: Pesquisa direta, 2018.

## 4 | DISCUSSÕES

Após o procedimento de confecção da FAV, o tempo de maturação deve ser de pelo menos 4 semanas e requer cuidados específicos, assim, recomenda-se que equipe de enfermagem esteja devidamente capacitada, pois puncionar prematuramente ou repetidamente a FAV pode levar a ocorrência de infiltração local e hematoma, facilitando a trombose, se houver infiltração deve-se evitar utilizar a FAV realizando a punção a três centímetros da anastomose e de cinco centímetros entre agulhas (ANDRADE, 2016; LOPES et al., 2017).

De acordo com Noleto et al. (2015), após o tempo de maturação da FAV, que é mínimo de quatro semanas, o profissional enfermeiro pode realizar a primeira punção, mantendo uma distância de cinco centímetros entre artéria e veia, proporcionando economia dos vasos proximais, que podem ser utilizados como locais anatômicos para construções futuras. A fistula ideal é aquela que apresenta trajetos longos e superficiais, permitindo vários pontos de punção.

Dessa forma, o presente estudo demonstra que o tempo indicado pelos

profissionais pesquisados para puncionar a FAV é satisfatório. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados com a FAV, bem como o monitoramento e orientações aos pacientes, é necessário para a detecção precoce de disfunções e intercorrências durante a hemodiálise e prevenção de riscos. Assim pode-se apontar a importância das orientações de enfermagem para o paciente quanto ao autocuidado e sua influência na sobrevida da FAV (ARAQUE; CANTUS, 2015).

Segundo Andrade (2016), os pacientes devem ser orientados a buscar a equipe de saúde se apresentarem qualquer alteração, por mais simples que seja, bem como evitar punções venosas, verificação da pressão arterial e qualquer compressão sobre o membro da FAV, ademais, os pacientes não devem remover pelos e crostas formada na região da FAV. Faz-se necessário ainda, a execução do exercício de compressão (abrindo e fechando a mão) por quinze minutos, três vezes diários, inspecionar o local da fístula diariamente, principalmente antes e depois de procedimentos, e atentar-se a presença de dor, calor, vermelhidão, edema e existência de frêmito (vibração).

Reinas, Nunes e Mattos (2012), Pessoa e Linhares (2015), preconizam ainda os cuidados no pós-operatório da realização da FAV e durante a maturação: respeitar o tempo de maturação da FAV que pode levar até quatro meses, elevação do membro da FAV, restringir uso de curativos compressivos e circulares, averiguar diariamente a existência de frêmito palpável, não manipular a FAV para punções venosas, orientar o paciente quanto a realização de exercícios regulares com a mão do membro da FAV, utilizar o recurso do torniquete de modo leve, dado que ajudará na maturação do acesso e potencializará o progresso da dilatação, deixando mais espessa a parede venosa da FAV facilitando a repetida inserção de agulhas na diálise.

Vale ressaltar que é necessário realizar higienização do local da FAV com água e sabão e assepsia (com álcool a 70% ou clorexidine alcoólico) e lavar as mãos com solução antisséptica antes e após a manipulação da FAV e cateteres, evitar garrotear por longo tempo, pois há risco para estenose e não garrotear se houver presença de enxerto, fixar as agulhas firmemente evitando sangramento e traumas (CLEMENTINO et al., 2018).

Quanto a higienização das mãos, o conhecimento e aplicação dessa prática é fundamental para o cuidado com a FAV, como a dialise trata-se de um procedimento invasivo, é indispensável a utilização de sabões antissépticos e água ou álcool-gel, sempre que substituir ou realizar curativo dos acessos vasculares DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

A exemplo das complicações mais comuns, após repetidas punções nas mesmas áreas, pode-se apontar a ocorrência de infecções, aneurismas e pseudoaneurismas, formação de estenoses, o que possibilita a trombose e por fim, perda de acesso (DELGADO RAMIREZ et al., 2016; LOPES et al., 2017).

Para a seleção correta da agulha de acordo com o tipo de fístula, o calibre deve ajustar-se ao fluxo sanguíneo prescrito para cada paciente, segundo Fermi (2011), quando o fluxo sanguíneo estiver inferior a 250 ml o calibre correspondente da agulha

é 18G (rosa), se variar de 250 a 300 ml a agulha de preferência é a 17G (laranja), quando o fluxo sanguíneo equivale de 300 e 350 ml o calibre condizente da agulha é de 16G (verde), com o fluxo entre 350 e 400 ml deve-se optar pela agulha de 15G (amarela) e se superior a 400 ml/min a mais indicada é a de 14G (roxa). As agulhas devem estar bem fixadas para evitar traumatismo, sangramento, ou até mesmo a saída da agulha.

Logo após a confecção e amadurecimento da FAV, a agulha mais indicada é a 16G, é indicado a utilização de agulhas de calibres pequenos, enquanto que, nos acessos maduros é mais comum a utilização das agulhas de maiores calibres. Conhecer sobre quais agulhas utilizar é fator importante na assistência de enfermagem, indicando que para tanto, a equipe deve ser experiente e capacitada (LOPES et al., 2017; DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2016).

Ao término da diálise o profissional de enfermagem deverá retirar o dispositivo (agulha) e realizará a compressão leve direta em torno de cinco minutos ou até a hemostasia total, evitando sangramento intenso, e sucessivamente executar o curativo de cobertura oclusiva, orientando o paciente a manter o local limpo e seco (NOLETO et al., 2015; ANDRADE, 2016).

Em relação a dor Darbas Barbé et al. (2015) revelam que na prática de punção do acesso vascular com cateter de fistula, o calibre da agulha utilizada de acordo com o padrão de fluxo sanguíneo do paciente influencia diretamente na dor, se a agulha for selecionada adequadamente haverá uma diminuição da dor durante a punção e retirada da agulha.

Segundo Medeiros et al. (2015) e Fila et al. (2016), para promover educação continuada e treinamento para os profissionais de saúde quanto à manipulação correta desses dispositivos, medidas certas para o controle de infecção, a adesão aos protocolos das equipes que realizam os procedimentos de diálise através de Fístulas Arteriovenosas. É importante o profissional de enfermagem conhecer as complicações da FAV, como baixo fluxo, trombose, infecções, aneurisma e isquemia de mão.

Tal conhecimento permite a ele prestar uma assistência de qualidade ao cliente em tratamento hemodialítico, buscando estratégias que visem à prevenção, monitoramento e tratamento de complicações durante e decorrentes do procedimento hemodialítico. Em relação aos sinais infecciosos podem aparecer no início ou durante a sessão de hemodiálise; no início podem estar relacionados a contaminações pelo manuseio de equipo ou agulhas ou ao reuso do capilar de diálise (NOLETO et al., 2015).

A equipe de enfermagem avaliada nesta pesquisa mostrou-se capacitada diante da assistência prestada, seja em termos de conhecimento, prática ou orientações aos pacientes. Segundo Trepichio et al. (2013), a equipe de enfermagem possui um papel importante junto ao paciente e seus familiares na unidade de nefrologia, a convivência por longos períodos e a necessidade de conhecimento técnico-científico

específicos da enfermagem são essenciais na dinâmica do trabalho e assistência ao paciente.

O profissional de enfermagem é o que está diretamente em contato com o paciente, e esse contato oferece maior segurança ao paciente durante o processo de diálise, de forma a verificar e reconhecer as necessidades individuais de cada paciente, identificando riscos, complicações e ofertando cuidados com a FAV (ANDRADE, 2016).

## 5 | CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem voltados à FAV são necessários para manutenção do acesso indispensável para o processo de Hemodiálise, bem como para o bem estar do paciente e qualificação dos serviços prestados. Com o presente estudo, concluiu-se que a equipe de enfermagem avaliada dispõe de treinamentos e conhecimento sobre os cuidados com a FAV, seja no tempo adequada de punção, na escolha adequada das agulhas, avaliação do membro da FAV, técnicas de higienização e orientações, em todas essas variáveis um percentil considerável demonstrou aptidão e experiência nos cuidados que prestavam.

Todos os pacientes recebem orientações de enfermagem sobre a importância de avaliar o próprio membro da FAV diariamente e realizar a higienização do membro com água e sabão antes das punções, esse conhecimento em relação ao autocuidado com a fistula tem por objetivo prolongar o tempo funcional da FAV. Contudo, as orientações acerca do autocuidado dos pacientes com a FAV devem ser continuas, assim como os treinamentos da equipe de enfermagem, estimulando e tornando os pacientes autônomos na prática do autocuidado.

O apoio da equipe de enfermagem através da implementação e elaboração de orientações junto aos doentes renais crônicos acerca de sua doença, manifestações clínicas, riscos, estilo de vida, tratamento, intercorrências mais frequentes e cuidados com a FAV, são fundamentais na promoção e prevenção em saúde dos pacientes. Uma equipe de enfermagem experiente e bem treinada desenvolve estratégias e orientações que tornam o ambiente do Centro de Hemodiálise agradável, o conhecimento da equipe transmite confiança ao paciente por meio da qualidade da assistência.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. C. de S. de. Assistência de enfermagem a fistulas arteriovenosas: revisão de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.9, n.1, p.88- 106, 2016.

ARAÚJO, A. C. da S.; SANTO, E. do E. A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.1, n.1, p.44- 58, 2012.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 4, p. 5, 2006.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, G. B.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 5<sup>a</sup> edição. 2016.

FRAZÃO, C.M.Q. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev Rene**, n.4, v.15, p.701-9, 2014.

FERMI, M.R.V. **Dialise para enfermagem: guia prático**. Guanabara Koogan, 2011.

FILA, B. et al. Arteriovenous fistula for haemodialysis: The role of surgical experience and vascular access education. **Nefrología (Madr.)**, v. 36, n. 2, p. 89-94, 2016.

MANFREDI, S. R., NADALETTO, M. A. J., DRAIBE, A. S., CANZIANI M. E. F. **Técnicas dialíticas na doença renal crônica**. In: Ajzen H, SChor N. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. Nefrologia. 3<sup>a</sup> ed. Barueri, São Paulo: Manole; p. 449-459, 2011.

MANGINI C.; CAMARGO, L.F.A, coordenadores. **Prevenção de infecção relacionada á dialise**. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; 2005.

MORAIS, E. M; FONTANA, R. T. A unidade dialítica como um cenário de exposição a riscos. **Revista Cuidado é Fundamental**, v. 6, n. 2, p. 539-549, 2014.

NICOLE, A. G.; TRONCHIN, D. M. R.. Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.1, 2011.

NOLETO, L.C, et al. O papel dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente em tratamento hemodialítico: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, n.9. v.10, p.1580-6, 2015.

NOGUEIRA, F.L.L. et al. Percepção do paciente renal crônico acerca dos cuidados com acessos para hemodiálise. **Cogitare Enferm.**, n.21 v.3, p.01-08, 2016.

PESSOA, N.R.C; LINHARES, F.M.P. Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: knowledge, attitude and practice: Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v.19, n.1, 2015.

REINAS, CA; NUNES, GO; MATTOS, M. O auto cuidado com a fistula arteriovenosa realizado pelos doentes renais crônicos da região sul de Mato Grosso. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.3, n.1, p. 505-19, 2012.

SANTOS, B.P. et al. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. **ABCS Health Sci.**, v.42, n.1, p.8-14, 2017.

SILVA. J.C.; SILVA, D.M.; SALVATO.R.S. Cuidados da equipe de enfermagem ao paciente com insuficiência renal crônica durante a sessão de hemodiálise: revisão integrativa. **Revista Ampliar**, v.3, n.3, 2016.

TREPICHIO, P.B. et al. Perfil dos pacientes e carga de trabalho de enfermagem na unidade de nefrologia. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.2, p.133-139, 2013.

XAVIER, B.L.S et al. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Rev. Enferm UERJ**, n.3, v.22, p.314-20, 2015.

## VISITA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Adriana Oliveira Magalhães**

UNIVAG, Centro Universitário de Várzea Grande

Várzea grande – MT

**Annelyse Barbosa Silva**

UNIVAG, Centro Universitário de Várzea Grande

Várzea grande – MT

**Cristiane dos Santos**

UNIVAG, Centro Universitário de Várzea Grande

Várzea grande – MT

**Kélbia Correa dos Santos**

UNIVAG, Centro Universitário de Várzea Grande

Várzea grande – MT

pacientes graves. Proporcionando reflexão da necessidade de conhecimentos e estrutura, visando resolutividade e qualidade da assistência prestada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de terapia intensiva, enfermagem, assistência ao paciente.

**VISITS THE INTENSIVE THERAPY UNIT  
BY NURSING ACADEMICS: A REPORT OF  
EXPERIENCE**

**ABSTRACT:** The academic and professional education of nurses requires quality teaching that confers competence in carrying out practical and theoretical assistance and management activities (Nascimento, 2007). In this perspective, this study reports the experience of seventh semester nursing students on a technical visit to an Intensive Care Unit (ICU) of a philanthropic hospital in Cuiabá - MT. During the visit it was possible to know the hospital environment in its physical structure, the quality of the resources offered in the unit, its routine, the profile of hospitalized patients, as well as understand the functioning of the health system. From these observations, comparisons were made with the resolution that defines and regulates the critical area units of hospitalization of critically ill patients. Providing reflection of the need for specific knowledge and material resources to act in the referred unit, aiming at resolution and

**RESUMO:** A formação acadêmica e profissional de enfermeiro requer um ensino de qualidade, que confira competência na realização de atividades prático-teóricas assistenciais e gerenciais (Nascimento, 2007). Nesta perspectiva este estudo relata a vivência de acadêmicas de enfermagem do sétimo semestre em visita técnica a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital filantrópico em Cuiabá - MT. Durante a visita foi possível conhecer o ambiente hospitalar em sua estrutura física, a qualidade dos recursos ofertados na unidade, o perfil dos pacientes internados, bem como entender o funcionamento do sistema de saúde. A partir dessas observações foram feitas comparações com a resolução que define e regulamenta as unidades de internação de

quality of care provided.

**KEYWORDS:** Intensive care unit, nursing, patient care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A visita técnica proporciona a criação de um elo entre a graduação e o âmbito profissional, possibilitando ao graduando uma formação ampla, em que torna possível entender o funcionamento concreto da instituição em seu completo funcionamento, fazendo com que os alunos relacionem suas vivencias no meio prático para o acadêmico a partir da participação ativa dos mesmos (FIORESE, 2011).

A visita técnica na unidade de terapia intensiva, é de grande relevância, visto que permite aos acadêmicos de enfermagem uma proximidade com o cenário, apresentando a realidade de uma unidade hospitalar complexa que atendem pacientes críticos que requerem cuidados intensivos, assim como os problemas encontrados nesta unidade e a atuação do enfermeiro bem como suas competências neste.

A UTI foi criada mediante a necessidade de ofertar um suporte maior para pacientes em estado crítico, configurando um ambiente destinado único a vigilância e monitoramento constante. As UTI fornecem, além da assistência permanente, equipamentos dos mais sofisticados, sendo capazes de mensurar todo tipo de monitoramento vital, visando a compensação de algum sistema orgânico inoperante ou que apresenta algum déficit, e ainda a recuperação de pacientes com o risco eminente de morte. O profissional de saúde que ali atua é denominado de intensivista, e as equipes são sempre composta de uma equipe multidisciplinar (Zeitoun , 2008).

Diante disso para o bom funcionamento das UTIs estas devem estar em conformidade com as normas regulamentadoras RDC 50 e 7 visando a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Este estudo tem por objetivo demonstrar a experiência da visita técnica em unidade de terapia intensiva - UTI pelos acadêmicos de enfermagem do sétimo semestre.

## 2 | MÉTODO

Este estudo consiste em um relato de experiência de uma visita técnica realizada em um Hospital filantrópico Cuiabá – MT, vivenciada pelas discentes do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande, no dia 21 de novembro de 2016.

A visita técnica foi realizada como um dos requisitos para disciplina de paciente crítico, a qual foi estabelecida previamente em plano de ensino, onde utilizamos um roteiro com questões norteadoras elaboradas pela professora responsável da disciplina.

O grupo de alunos foram divididos devido a quantidade de pessoas autorizadas para entrar na unidade, cada grupo permaneceu cerca de uma hora e meia, fomos recepcionados pela enfermeira Responsável Técnica da Unidade (RT) a qual nos acompanhou na visita juntamente com a professora responsável pela disciplina .

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A resolução n. 07 do Regime Diferenciado de Contratação – RDC, de 24 de fevereiro de 2010 define como unidades de área crítica de internação de pacientes graves, aquela que requer atenção especializada de forma continua, com materiais específicos e tecnológicos necessários ao diagnóstico, monitoramento e terapia (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

Com a oportunidade de realizar a visita técnica, obteve-se o conhecimento do funcionamento da unidade de terapia intensiva e o papel do enfermeiro neste cenário.

A Enfermagem é uma ciência que visa à promoção do bem-estar do paciente, este por sua vez pode vir no decorrer de sua vida apresentar-se em um estado de adoecimento e necessitar de internação em uma unidade de terapia intensiva, em que requer cuidados intensivos integral com todas suas especificidades. Cabendo, portanto, a equipe assistencial a promoção da segurança desse paciente que se encontra exposto a sofrer a algum dano vital (VIANA et al, 2016).

Os cuidados de uma UTI são destinados aos pacientes que requer vigilância continua, do qual podem apresentar risco de vida, casos críticos são pré-requisitos necessários para que haja a admissão dos mesmos nessas unidades. Mas existem aqueles que passaram por cirurgias complexas e estão sob-risco elevado de complicações, bem como outras em fase pós-operatória de menor complexidade porem que por condições associadas, podem vir a sofrer algum tipo de intercorrência, assim esses também são assistidos por essas unidades (RODRIGUES, 2009).

Durante a visita, observou-se a qualidade dos recursos materiais, físicos, gestão de pessoas, rotina da unidade, perfil dos pacientes internados. Diante dos achados realizou-se o levantamento dos problemas, após os mesmos foram confrontados com a resolução n. 07 do Regime Diferenciado de Contratação – RDC, de 24 de fevereiro de 2010 define e regulamenta as unidades de área crítica de internação de pacientes graves.

A unidade é composta por 11 leitos, dos quais 06 são destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), 03 de convênios particulares, 02 leitos exclusivos de plano particular da Cooperativa de Trabalho Médico UNIMED fácil. A UTI oferece uma estrutura física pequena, pouco arejada, porém com recursos e materiais disponíveis necessários a prestação de assistência qualificada.

Em caso de UTI lotada, mais havendo necessidade de internação, este paciente é regulado e transferido para a sala vermelha do Pronto Socorro de Cuiabá até

possível vaga para uma UTI.

Passa ainda pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) e pelo Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) antes de ocupar um leito da UTI.

Na admissão é realizado o teste de oximetria, aferição de pressão arterial, cultura de vigilância, 02 coletas de swab uma anal e outra nasal, 02 amostras de hemocultura feita pelo laboratório (E. A. S), e urocultura.

A UTI Dispõe de uma equipe multiprofissional altamente capacitada do ponto de vista técnico-científico, sendo: 06 técnicos de enfermagem, 04 enfermeiros, 01 fisioterapeuta, 03 médicos, 01 secretário de unidade.

Foi distribuído em subtítulos os achados, para melhor compreensão do assunto, sendo: Estrutura física e recursos matérias, Recursos humanos e problemas encontrados.

### **3.1 Estrutura física e recursos materiais**

Todas as UTI devem ter uma área geográfica distinta dentro do hospital, com acesso controlado, sem transito para outros departamentos. Sua localização deve ter acesso próximo a serviços de emergências, centros cirúrgicos entre outros.

A disposição dos leitos deve proporcionar uma observação continua do paciente, uma separação por divisórias laváveis que proporcione uma relativa privacidade ao paciente.

A UTI onde foi realizada a visita, oferece uma estrutura física pequena, apertada, pouco arejada, porém composta por:

- Pequena sala de espera
- Copa
- Vestuário para funcionário com banheiro
- Repouso para téc. enfermagem e enfermeiros com 04 leitos
- Sala de enfermeira Responsável Técnico
- Área Para Material limpo
- Depósito de Material de Limpeza (DML)
- Sala de gerência e coordenação de enfermagem
- Posto de enfermagem com parcial visualização
- Sala de prescrição medica com repouso medico

O leito 01 é fechado para isolamento de patologias por meio de precaução, com pia e banheiro. Os leitos são separados por Box e em cada leito possui os seguintes

recursos e materiais, sendo:

- 01 carrinho de emergência com desfibrilador e bala de oxigênio;
- 01 saída de oxigênio
- 01 saída de ar comprimido
- 01 saída de ar a vácuo
- 01 placa de identificação de paciente e risco
- 01 aparelho de ventilador mecânico
- 01 ambú adulto
- 01 copo umidificador
- 02 extensões de silicone
- 01 fraco aspira
- 01 monitor cardíaco
- 01 estetoscópio
- 02 bombas de efusão

Quanto à biossegurança, dispõe de leitos com descarpack, álcool em gel pia, segundo a NR 07.

Sendo composto também por um quadro branco para identificação geral dos pacientes, como: nome do paciente, idade, data nascimento, data de internação, nome do enfermeiro, número do leito, número do atendimento, convenio e campo com cores que assinalam o risco, ao qual consiste em um protocolo interno (ex: amarelo: queda, verde: úlcera por pressão).

Conforme a Resolução nº7 no Art. 2º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.

O ambiente físico ainda possui, próximo ao espaço de repouso um mural de escalas onde tem registro de aniversariantes do mês e folgas, sendo requisito mínimo para o funcionamento de uma UTI entre outros.

### 3.2 Recursos humanos

A UTI dispõe de uma equipe de multiprofissionais qualificados e altamente capacitado do ponto de vista técnico-científico e comportamental, e hoje é um diferencial para esta unidade.

A unidade a qual foi realizada a visita é composta por:

1. Seis (06) técnicos de enfermagem, sendo 80% dos técnicos de enfermagem

com carga horaria de plantão 12/36horas, onde apenas 03 funcionários com carga horaria de 06hrs diária de segunda a sábado com uma folga semanal. Atualmente está sendo implantado que todos realizem plantão de 12/26horas. Os técnicos assumem 02 pacientes conforme a resolução na RDC-7, sendo que se houver o 3º paciente o técnico que assumir ganha em folga extra de acordo com planejado.

Estes funcionários tem a função de prestar a assistência no cuidado ao paciente em estado grave na prevenção e na execução de programas de assistências integral a saúde, participando de programas de higiene e segurança do trabalho na execução de suas atividades.

2. Quatro (04) Enfermeiros plantonistas 12/36hrs, sendo 02 que atuam no período diurno e 02 noturno, 01 por plantão ímpar e par. Composto ainda por 01 responsável técnico de 08hrs semanais.

Estes profissionais são responsáveis pela equipe desta unidade e do bom funcionamento e sincronia da equipe, além de desenvolver atividades de gestão como planejamento da assistência de enfermagem, prescrição da assistência, cuidados direto ao paciente com risco e todos os cuidados de maiores complexidades.

3. Um (01) Fisioterapeuta plantonista com carga horaria de 12/60hrs, onde cabe a este a manutenção das funções vitais de diversos sistemas corporais e trabalho com os grupos musculares do paciente para amenizar sequelas por permanência muito longa nos leitos da UTI. Estes profissionais também avaliam constantemente a eficiência da troca gasosa e estado hídrico, neurológico e nutricional do paciente, previne e remove o acumulo de secreções nas vias aéreas e modifica a posição do paciente.

4. E a equipe medica é formada por:

- 01 Medico plantonista, Md. Lúcio
- 01 Médico visitador de segunda a sexta-feira
- 01 Médico responsável técnico realiza visita medica diariamente antes do visitador, realiza procedimentos necessários ao paciente, assume plantão no caso de falta do plantonista inclusive nos finais de semana e é único que faz a traqueostomia.

Esta equipe visa diagnosticar e tratar o paciente com técnicas avançadas baseadas em diagnósticos específicos, além de dedicar 24horas a analise de exames laboratoriais, radiografias, monitorando, alterando prescrição e efetuando procedimentos.

- 01 secretario de unidade

Responsável pela atualização do quadro branco, reposição de matérias, encaminhamento de exames entre outras.

### 3.3 Problemas levantados

Posto de enfermagem não tem visualização completa do paciente. Sendo que o paciente do isolamento e o paciente que fica próximo ao quadro branco, não tem uma visualização direta.

Na RDC 50 o posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos através de monitores o qual deverá dispor de uma central de monitores.

A iluminação é inadequada e insuficiente, conforme a RDC 50 em uma UTI são necessária iluminação na cabeceira do leito, iluminação de vigília nas paredes (50 cm do piso) inclusivo banheiro.

Saída de O2 e ar comprimido com um para cada leito na RDC 50 regulamentada com dois para cada leito.

## 4 | CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Com a visita técnica percebeu-se, que além de cuidados de enfermagem aos pacientes críticos, o enfermeiro também desempenha o papel de gerenciamento técnico nas atividades para o bom funcionamento da unidade, considerando que se trata de um setor que requer toda atenção e cuidados, principalmente no que se refere a risco de contaminação ou proliferação de infecções cruzadas.

Considerou-se que a visita técnica foi realizada em um curto período de tempo, porém de fundamental importância para o nosso processo de aprendizagem, nos levando a refletir sobre a necessidade de se ter conhecimentos específicos para atuar nesta unidade, visando resolutividade, segurança do paciente e qualidade da assistência prestada.

Concluímos reconhecendo a relevância que essa visita técnica nos propiciou enquanto acadêmicos e que sem dúvida foi indispensável para o processo de aprendizagem durante nossa graduação tanto quanto profissional.

## REFERÊNCIAS

FIORESE, M. A importância da visita técnica como atividade complementar aos conhecimentos teóricos. Curso de Engenharia Química da UNIOESTE; Universidade Estadual do Oeste do Paraná. 12 de abril de 2011.

Ministério da Saúde (BR), ANVISA. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os Requisitos Mínimos para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2010.

NASCIMENTO. M. S. et al. Oficina Pedagógicas: Construindo estratégicas para a ação docente: Relato de experiência. Rev. Saúde. Com. p. 85-95. Jequié BA: 2007.

RODRIGUES, Yarla Cristine Santos Jales, et al. **Ventilação mecânica: evidências para o cuidado**

**de enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16,n. 4,p. 789795, Dez. 2009. Disponivel:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019.

VIANA, S, C, D. et al. Contribuições Da Enfermagem Na Segurança Do Paciente Da Unidade De Terapia Intensiva: Uma Revisão Integrativa. Rev enferm UFPE on line. Recife, 2016. Acesso em: 07 de agosto, 2019.

ZEITOUN, Sandra Salloum, et al. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: estudo prospectivo - dados preliminares. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 46-52, Jan. 2008 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692001000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 ago. 2019.

## VALORIZAÇÃO DA AUTOIMAGEM ATRAVÉS DA DINÂMICA DO ESPELHO

**Jhenyfer Ribeiro Silva**

Centro Universitário São Camilo  
São Paulo - São Paulo

**RESUMO:** O artigo se trata de um relato de experiência, que busca compreender, dentro da sociedade atual, a valorização da autoimagem que as mulheres possuem e proporcionar o reconhecimento da mesma através de uma dinâmica em um serviço básico de saúde, com abordagens diretas questionando o que compreendem e o que enxergam ao verem sua imagem refletida em um espelho, ao olharem além da aparência física, podendo assim, observar as reações de cada mulher. Realizou-se uma abordagem direta com 26 mulheres de diferentes faixas etárias e classes sociais. Observou-se a importância que a escuta terapêutica, através de uma dinâmica, pode desenvolver em todo o processo de melhoria de sua autopercepção e autovalorização, mostrando fatos que vão além dos padrões estabelecidos na sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dia internacional da mulher. Autoimagem feminina. Papel da enfermagem na saúde da mulher.

APPRECIATION OF THE AUTOIMAGE  
THROUGH MIRROR DYNAMICS

**ABSTRACT:** The article is an experience report seeking to understand, within the current society, the valorization of the self-image that women have and provide its recognition through a dynamic in a basic health service, with direct approaches questioning what they understand and what they see when looking at their image in a mirror, seeing beyond their physical appearance, thus being able to observe the reactions of each woman. A direct approach was performed with 26 women of different ages and social classes. It was observed the importance that therapeutic listening, through dynamics, can develop throughout the process of improving self-perception and self-worth, showing facts that go beyond established standards in society.

**KEYWORDS:** International Women's Day. Female self-image. Role of nursing in women's health.

### INTRODUÇÃO

Todo 8 de março é dedicado à comemoração do Dia Internacional da Mulher. A história não é somente sobre sua opressão. É também uma história de luta e resistência, na tentativa de banir preconceitos, recuperar sua condição de vida como ser humano igual, autônomo e digno. Foi um processo evolutivo, gradual e constante que inseriu a mulher na sociedade como cidadã, e igualando seus

direitos aos dos homens. Atualmente, tornou-se uma data festiva, com direito a flores e bombons. Para outros, é relembrada a sua origem, marcada por fortes movimentos de reivindicação. A data simboliza a busca de igualdade social entre homens e mulheres, respeitando as diferenças biológicas. Porém, os séculos de dominação tiraram algo importante de boa parte das mulheres: sua autoestima. As sobrecargas e o não reconhecimento de funções desempenhadas perante a sociedade, os padrões de beleza estabelecidos e os resquícios de desigualdade ainda existentes fazem com que, dia após dia, mulheres deixem de olhar a si mesmas e perceberem seus valores, suas lutas e suas conquistas. A autoimagem é parte descritiva do conhecimento que o indivíduo tem de si próprio. A autoestima é compreendida como a percepção avaliativa das atitudes que cada pessoa tem, sejam elas positivas ou negativas, onde o indivíduo tem conhecimento sobre sua própria subjetividade. O grau de autoestima que se desenvolve interfere na qualidade de vida e bem-estar.

## OBJETIVO

Observar a reação das mulheres através da dinâmica do espelho.

## MATERIAL E MÉTODO

Relato de experiência de aluna do 9º semestre, do curso de graduação em enfermagem do Centro Universitário São Camilo, em estágio supervisionado de Gestão em Saúde I em Unidade Básica de Saúde, localizada na região oeste da cidade de São Paulo no dia 08 de março de 2019, através da dinâmica do espelho, que consiste na apresentação às mulheres de uma caixa com um espelho em seu interior, durante a abordagem, para que se deparassem com seu reflexo, levando-as à percepção e à reflexão de sua autoimagem.

## RESULTADO

Participaram da dinâmica 26 mulheres, sendo elas adolescentes, jovens, adultas e idosas que, em sua maioria, foram receptivas e demonstraram interesse em participar e compartilhar suas histórias. Verificou-se a necessidade de disponibilizar meios que as fizessem valorizar sua autoimagem, apesar dos relatos de contentamento e satisfação com suas conquistas pessoais. Observou-se inicialmente a surpresa dessas mulheres ao se olharem no espelho, e receio em analisarem seu reflexo, relatando descontentamento com a imagem pessoal e aparência. Uma pequena parcela de adultas mostrou-se realizada e contente com sua autoimagem, ressaltando a importância dela. As adolescentes e jovens mostraram-se receosas, principalmente pelo medo de decisões futuras. Com todas as participantes realizou-se a escuta terapêutica, ao final da qual expressaram agradecimento e satisfação com a ação.

## CONCLUSÃO

Na ação realizada foi possível identificar a necessidade de aumentar a autoestima dessas mulheres e motivá-las a conquistarem cada vez mais resultados. Observamos a importância que a escuta terapêutica pode desenvolver em todo o processo de melhora da sua autopercepção, desempenhando grande influência no empoderamento feminino e na motivação da conquista de uma melhor autoestima. Enfatizamos ainda o importante papel que profissionais de enfermagem desempenham ao desenvolver um olhar holístico e humanizado com pacientes e usuários de todas as instituições de saúde, indo além das doenças, mas principalmente observando as necessidades básicas de cada um para promover o bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- AVELAR, Cátia Fabíola Parreira de; VEIGA, Ricardo Teixeira. **Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade.** RAE-Revista de Administração de Empresas, [S.I.], v. 53, n. 4, p. 338-349, jul. 2013. ISSN 2178-938X. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/30022/28871>>. Acesso em: 12 Mai. 2019.
- Izaal, Renata. **A dura missão de construir a autoestima feminina.** O Globo, 26 Jun 2018. Disponível em :<<https://oglobo.globo.com/ela/artigo-dura-missao-de-construir-autoestima-feminina-22807072>> Acesso em: 14 Mai 2019.
- Rosan Christino Gitahy, R., & Lessa Matos, M. (2008). **A evolução dos direitos da mulher.** Colloquium Humanarum. *ISSN: 1809-8207,4(1)*, 74-90. Disponível em:<<http://revistas.unoeste.br/index.php/ch/article/view/223>>. Acesso em 14 Mai.2019.

## A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSO ENTRE 2013 E 2017 NO MUNICÍPIO PORTO ALEGRE

### **Laís Freitas Beck**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Igor de Oliveira Lopes**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Isabel Cristina Wingert**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Kátia Fernanda Souza de Souza**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Raquel de Almeida**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Rithiely Allana Bárbaro**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Maristela Cassia de Oliveira Peixoto**

Universidade Feevale, Curso de Enfermagem,  
PPG em Diversidade Cultural e Inclusão Social.

Novo Hamburgo, Brasil

### **Geraldine Alves dos Santos**

Universidade Feevale, PPG em Diversidade  
Cultural e Inclusão Social.

Novo Hamburgo, Brasil

aumento da expectativa de vida dos indivíduos. Pesquisas apontam que 5% a 10% dos idosos ao redor do mundo sofrem violência e a cada 10 minutos um idoso é agredido em nosso país. A violência na velhice é um ato desumano, um problema social, político e de saúde. O presente estudo tem como intuito analisar o perfil dos idosos que sofreram violência no município de Porto Alegre entre os anos de 2013 a 2017. Trata-se de uma pesquisa documental de cunho quantitativo, utilizando dados registrados no Datasus. O número de casos de violência, notificados no município de Porto Alegre entre 2013 e 2017, foi 574 e 0,5% destes foram a óbitos. Constatou-se que no período citado houve um elevado aumento nos crimes contra idosos no município, sendo a maioria das vítimas mulheres e o principal agressor advém do seio familiar ou até mesmo daqueles que são remunerados para prestar-lhes serviços assistenciais. Os casos de maus tratos de natureza física foram os mais recorrentes. Diante desse cenário reforça-se a necessidade de promover campanhas de conscientização e levar orientações acerca da violência contra os idosos, a fim de prevenir que seus direitos sejam violados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Velhice. Família.

**RESUMO:** A população idosa apresenta elevado crescimento anual no Brasil devido ao

# VIOLENCE AGAINST ELDERLY BETWEEN 2013 AND 2017 IN THE MUNICIPALITY OF PORTO ALEGRE

**ABSTRACT:** The elderly population presents high annual growth in Brazil due to the increase of life expectancy of the individuals. Research shows that 5% to 10% of the elderly around the world suffer violence and every 10 minutes an elderly person is assaulted in our country. Violence in old age is an inhuman act; a social, political and health problem. The present study aims to analyze the profile of the elderly who suffered violence in the city of Porto Alegre between the years of 2013 to 2017. This is a quantitative documentary research, using data recorded in Datasus. The number of reported cases of violence in the city of Porto Alegre between 2013 and 2017 was 574, where 0.5% of these were deaths. It was found that in the mentioned period there was a large increase in crimes against the elderly in the municipality, with the majority of victims being women and the main aggressor coming from the family or even from those who are paid to provide them with care services. Cases of physical abuse were the most recurrent. In this scenario, the need to promote awareness-raising campaigns and guidance on violence against the elderly is reinforced in order to prevent their rights being violated.

**KEYWORDS:** Violence. Aging. Family.

## 1 | INTRODUÇÃO

A população idosa apresenta elevado crescimento anual no Brasil devido ao aumento da expectativa de vida dos indivíduos. Pesquisas apontam que 5% a 10% dos idosos ao redor do mundo sofrem violência e a cada 10 minutos um idoso é agredido em nosso país. A violência na velhice é um ato desumano, um problema social, político e de saúde. Oliveira (2016) evidencia que os idosos se tornam mais suscetíveis à violência na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. As discussões sobre esta temática tiveram início na segunda metade do século XX, tendo como fator desencadeante as denúncias pelos profissionais de saúde contra os abusos a crianças, adolescentes e mulheres, logo a violência contra os idosos foi contemplada nas políticas de saúde em diversos países.

Segundo Moreira et al. (2016), a preocupação com esta parcela da população existe devido ao crescimento deste contingente populacional no mundo. Fatores históricos e eventos internacionais inspiraram a incorporação de políticas brasileiras. Em 1961, a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia estimulou iniciativas e obras sociais de amparo à velhice, nos anos de 1970 e 1971 o Governo Federal criou dois tipos de benefícios não contributivos que privilegiaram a população idosa: as aposentadorias para os trabalhadores rurais e a renda mensal vitalícia para os necessitados urbanos e rurais que não apresentassem condições de subsistência por não receberem benefício da previdência e tivessem mais de 70 anos. Esse último foi

extinto pela Constituição Federal de 1988, embora haja ainda no país pessoas idosas que o recebem. No ano de 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), resultante de vários arranjos anteriores, com a responsabilidade de elaboração e execução das políticas de previdência, assistência médica e social. Em 1977, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), e logo cada função do sistema passou a ser exercida por órgão específico. Em 1976, o MPAS elaborou um documento denominado Política Nacional para a Terceira Idade que traçava diretrizes para uma política social voltada à velhice, fruto de conclusões de seminários regionais que tiveram fortes influências (MINAYO, 2003).

A partir da década de 80, as políticas destinadas à população idosa no Brasil se centraram na garantia de renda e de assistência social para as pessoas em risco social. Ainda nesse período, a comunidade acadêmica passou a intensificar estudos de geriatria e gerontologia, e a partir de seminários e congressos, sensibilizaram os governos e a sociedade para a questão do envelhecimento. Dezoito anos depois, no ano de 1998, a Constituição Federal incluiu a pessoa idosa no capítulo da seguridade social, expandindo a rede de proteção social para toda a população idosa. E no capítulo VII, Artigo 230 está escrito que: “A família, a sociedade e o estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988).

Em 1994, foi aprovada a Lei nº 8.842/94, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de assegurar seus direitos e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. A PNI reconhece a questão da velhice como prioritária, entretanto essa legislação não foi bem aplicada, devido a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo. Uma nova política em vista, possuindo eixos norteadores como as medidas preventivas com especial destaque para a promoção da saúde e atendimento multidisciplinar específico, elaborada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso, tornou-se vigente pela portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999 (MINAYO, 2003).

Após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, pela Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, tendo como propósito assegurar os direitos consagrados pelas políticas públicas voltadas à pessoa idosa, dentro de uma visão compreensiva da sua diversidade. O Estatuto considera a violência contra o idoso “qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico”. Esta mesma lei determina no art. 4º que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Para cumprir com esta determinação, o art. 4º § 1º diz que “é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso” (BRASIL, 2003).

O Manual de Enfrentamento à Violência contra a pessoa idosa (BRASIL, 2013) refere que a sociedade reproduz o preceito de que o idoso vale o quanto produz ou o quanto ganha. Neste sentido, as pessoas mais velhas quando se encontram fora do mercado de trabalho ou possuem baixos rendimentos correm o risco de serem descartadas e consideradas inúteis à sociedade.

A violência contra a pessoa idosa é interpretada por Moreira (2016) como uma violação dos direitos humanos sendo uma das principais causas de lesões, doenças, diminuição de produtividade, isolamento e desesperança. Em concordância, Cardoso (2014), verificou que a violência não se trata de um fenômeno localizado, e que dispõe de reflexões a fim de discutir o sofrimento desta população em todos os setores da sociedade e o que faz disto um problema de enorme gravidade. Trata-se de um problema que não deve ser estudado e discutido isoladamente, e sim, analisado e compreendido como consequência de um compêndio de causas.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar o perfil dos idosos que sofreram violência no município de Porto Alegre entre os anos de 2013 a 2017.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo análise documental retrospectivo e quantitativo realizado através de registros situados no TABNET/DATASUS, o qual é uma plataforma online que disponibiliza informações em saúde a fim de mensurar o estado de saúde da população. Foram captados dados referentes a quaisquer tipos de violência ao idoso, registrados na plataforma online nos anos de 2013 a 2017, no município de Porto Alegre/RS. Tais notificações foram divididas primeiramente por características demográficas das vítimas, autor da violência, tipo de violência, meio de agressão e evolução do caso. No quesito características demográficas das vítimas foi diferenciado o sexo, faixa etária, escolaridade, raça, situação conjugal e local de ocorrência. Abordando o autor da violência foram identificados o sexo e o vínculo com a vítima. Dentro dos tipos de violência temos: lesão autoprovocada, violência física, violência psicológica ou moral, tortura, violência sexual, violência financeira, negligência ou abandono e outro tipo de violência. Os meios de agressão foram classificados por: força corporal, enforcamento, objeto contundente, objeto perfuro cortante, substância ou objeto quente, envenenamento, arma de fogo, ameaça e outra forma de violência. Referindo-se a evolução do caso, foram apontados os seguintes desfechos: ignorado/ em branco, alta, evasão ou fuga, óbito por violência e óbito por outras causas.

## 3 | APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo demonstra que o número de casos de violência notificado no município de Porto Alegre entre 2013 e 2017 foi de 13.723, dos quais 574 destes

foram casos de violência contra idosos, conforme tabela 1.

Violência	Período / N	Total				
			2013	2014	2015	2016
Violência em Porto Alegre		1.965	2.049	3.080	3.074	3.555
Violência contra Idosos em Porto Alegre		58	73	145	165	133
						574

Tabela 1 – Casos de violência notificados na cidade de Porto Alegre nos anos de 2013 a 2017

Fonte: Tabnet/Datasus (2019).

Entre o ano de 2013 e 2017 houve um aumento de aproximadamente 126% no número de notificações de violência contra o idoso em Porto Alegre/RS. Em correlação aos dados estatísticos demonstrados na pesquisa, Moreira et al. (2016), trazem a designação das formas mais frequentes de violência praticadas contra os idosos, definidos pela Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (PNRMAV), do Ministério da Saúde, os quais apontam as tipologias reconhecidas internacionalmente, são elas: abuso, violência ou maus-tratos físicos (expressões que se referem ao uso da força, física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte); abuso, violência ou maus-tratos psicológicos (corresponde a agressões verbais ou gestuais com objetivo de aterrorizar os idosos); abuso e violência sexual (ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterossexual utilizando pessoas idosas); abandono e negligência (forma que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis); abuso financeiro e econômico (consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos); autonegligência (conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança).

Moreira et al. (2016) referem a relevância do Estatuto do Idoso e das políticas públicas na fundamentação do combate à violência. Entretanto, o distanciamento entre a lei e a realidade dos idosos brasileiros é discrepante. Os autores reforçam a necessidade de proliferar as discussões e debates em todos os espaços possíveis, para que sensibilize a mobilização permanente da sociedade, a qual deve estruturar um novo olhar sobre o processo do envelhecimento dos cidadãos brasileiros. Uma das ferramentas legais para a garantia destes direitos é a Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa do estado do Rio Grande do Sul instituída em 2010, com o propósito principal de promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas. Esta política visa promover, manter e recuperar a dignidade, o respeito, a proteção e a defesa dos direitos humanos, bem como a autonomia, independência, capacidade funcional e sua inserção junto da família e comunidade, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

A tabela 2 demonstra as características demográficas dos idosos que são vítimas de violência em Porto Alegre/RS, entre 2013 e 2017. Percebe-se que 37,01% são

pessoas idosas do sexo masculino e 62,89% do sexo feminino, 42,16% tinham entre 60 e 69 anos, 27,87% com escolaridade de ensino fundamental completo, 83,79% eram brancos, 29,61% viúvos e o local onde houve maior número de casos foram as próprias residências dos idosos (75,26%).

Variável	Período / N					Total	
	2013	2014	2015	2016	2017	N	%
<b>Sexo</b>							
Masculino	18	21	54	67	53	213	37,10
Feminino	40	52	91	98	80	361	62,89
<b>Faixa Etária</b>							
60 a 69 anos	20	27	59	74	62	242	42,16
70 a 79 anos	18	29	48	64	42	201	35,01
80 anos e mais	20	17	38	27	29	131	22,82
<b>Escolaridade</b>							
Ignorado/ em branco	31	43	60	54	38	226	39,37
Analfabeto	2	4	10	6	6	28	4,87
Ensino fundamental incompleto	4	10	44	15	7	80	13,93
Ensino fundamental completo	11	7	14	69	59	160	27,87
Ensino médio incompleto	1	2	2	-	1	6	1,04
Ensino médio completo	5	4	12	13	15	49	8,53
Educação superior incompleta	-	-	1	1	1	3	0,52
Educação superior completa	4	3	2	7	6	22	3,83
<b>Raça</b>							
Ignorado/ em branco	2	1	7	5	7	22	3,83
Branca	51	66	119	138	107	481	83,79
Preta	1	5	15	15	12	48	8,36
Amarela	1	1	1	-	1	4	0,69
Parda	3	-	3	7	6	19	3,31
<b>Situação Conjugal</b>							
Ignorado/ em branco	9	13	24	18	11	75	13,06
Solteiro	7	11	24	33	34	109	18,98
Casado/União Consensual	10	14	35	50	46	155	27,00
Viúvo	28	27	46	42	27	170	29,61
Separado	4	7	14	22	15	62	10,80
Não se Aplica	-	1	2	-	-	3	0,52
<b>Local de ocorrência</b>							
Ignorado/ em branco	6	1	19	3	1	30	5,22
Residência	39	50	108	127	108	432	75,26
Habitação Coletiva	4	9	4	7	7	31	5,40
Via pública	3	5	7	16	12	43	7,49
Comércio/Serviços	6	8	5	11	3	33	5,74
Outros	-	-	2	1	2	5	0,85

Tabela 2 - Características demográficas dos idosos agredidos no período de 2013 a 2017

Fonte: Tabnet/Datasus (2019).

Os dados do IBGE (2018) mostram que entre 2013 e 2017, a quantidade de

idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população. Na análise situacional sobre a saúde da pessoa idosa do Rio Grande do Sul constata-se que a Região Sul tem o maior número de idosos em domicílios unipessoais, sendo que Porto Alegre foi no ano de 2010 a capital do Brasil com maior proporção de pessoas idosas morando sozinhas. Os dados divulgados pelo IBGE (2011) mostram que 85,6% dos idosos vivem em situações em que há a presença de outra pessoa com alguma relação de parentesco, sendo que 63,7% deles são chefes de família. Santana, Vasconcelos e Coutinho (2016) e Minayo et al. (2003) relacionam estes dados aos estudos que apontam que grande parte dos casos de violência nessa população ocorre em ambiente familiar, embora a família devesse constituir o principal sistema de suporte a esta pessoa na sociedade brasileira. Estes dados estatísticos demonstram os indícios de uma cultura relacional de dominação, conflitos, negligências familiares e institucionais.

Ao analisarmos os dados de que 62,89% dos agredidos eram do sexo feminino e que sobre a característica de fator conjugal, 27,00% eram casados/união consensual e 29,61% eram viúvos, podemos considerar que a violência sofrida por estas vítimas possuem uma correlação com seus vínculos matrimoniais. A violência contra a mulher imputada por seus próprios cônjuges é uma preocupação para os órgãos de saúde e segurança. Portanto, podemos inferir que muitas destas idosas violentadas, podem ter sofrido atos de violência de diversas maneiras e, por muitos anos, antes de serem notificados. Pesos históricos e fatores culturais influenciam diretamente neste problema, quando inibem por anos ou uma vida inteira a coragem da denúncia, ou ainda consolidam no pensamento destas mulheres de que não se trata de uma anormalidade.

Crippa et al. (2016) caracteriza a família como principal suporte a pessoa idosa, em consonância com a Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e a Política de Proteção à Pessoa Idosa. No entanto, mesmo que rodeado de diretrizes, recomendações e legislação, as ocorrências de situações de violência ligadas diretamente à família ainda são frequentes. Sendo assim, os pesquisadores concordam com Moreira et al. (2016) quando discorrem sobre o distanciamento entre leis e realidade. Observa-se a fragilidade da sociedade brasileira em lidar com o envelhecimento. Conforme o indivíduo vai envelhecendo e necessitando de cuidados mais específicos pode ocorrer uma inversão de papéis, onde o filho passa a cuidar do pai, o tempo livre acaba se tornando vazio e o adoecimento emocional torna-se presente (CALDAS, 2002). A solidão associada à depressão, pode levar até mesmo ao suicídio. Provavelmente, por essa inversão de papéis, os maiores índices de violência contra a pessoa idosa se concentram no âmbito familiar.

Na tabela 3 percebe-se que o principal agressor advém do seio familiar, como

filhos (35,88%), cônjuge (7,66%), ou até mesmo aqueles que são remunerados para prestar-lhes serviços assistenciais (8,01%); pessoas que deveriam protegê-los de situações de risco ou abandono. O tipo de violência que mais se destacou neste estudo foi a negligência/ abandono com 42,85%, seguido por violência física (33,27%) e lesão auto provocada (21,95%). O local da ocorrência acontece com notoriedade na residência (75,26%). Entre os desfechos das referidas agressões no período estudado 0,5% dos casos foram a óbito.

Variável	Período / N					Total	
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>Sexo do Autor da Agressão</b>							
Masculino	19	21	57	83	55	235	40,94
Feminino	21	21	42	44	49	177	30,83
Ambos os sexos	12	12	28	17	18	87	15,15
<b>Tipo de agressor</b>							
Cônjuge	4	4	12	14	10	44	7,66
Ex-Cônjuge	1	2	4	4	2	13	2,26
Namorado (a)	-	1	1	1	-	3	0,52
Ex-Namorado (a)	-	-	1	-	-	1	0,17
Filho (a)	18	25	60	61	42	206	35,88
Irmão (a)	1	2	10	7	4	24	4,18
Amigo/conhecido	-	2	7	9	12	30	5,22
Desconhecido	1	4	6	14	9	34	5,92
Cuidador (a)	7	12	8	9	10	46	8,01
Relacionamentos Instáveis	3	10	3	4	4	24	4,18
Própria Pessoa	12	15	31	32	38	128	22,29
Outros Vínculos	12	11	21	18	16	78	13,57
<b>Tipo de violência</b>							
Lesão autoprovocada	9	16	31	32	38	126	21,95
Violência Física	18	27	40	67	39	191	33,27
Violência Psicológica/Moral	20	22	27	34	5	108	18,81
Tortura	-	-	1	-	-	1	0,17
Violência Sexual	2	1	4	2	2	11	1,91
Violência Financeira/Econômica	12	12	19	19	6	68	11,84
Violência Negligência/Abandono	31	38	76	55	46	246	42,85
Outra Violência	14	15	31	32	38	130	22,64
<b>Meios de agressão</b>							
Força Corporal	16	18	29	58	35	156	27,17
Enforcamento	1	4	6	7	8	26	4,52
Objeto Contundente	1	2	6	10	4	23	4,00
Objeto perfuro-cortante	4	3	9	19	7	42	7,31

Substância/Objeto Quente	1	3	2	1	1	8	1,39
Envenenamento	6	8	16	13	27	70	12,19
Arma de Fogo	1	-	5	4	-	10	1,74
Ameaça	11	12	20	27	16	86	14,98
Outra Agressão	26	37	72	61	52	248	43,20
Desfecho do caso							
Ignorado/ em branco	13	41	145	165	133	497	86,58
Alta	44	25	-	-	-	69	12,02
Evasão/fuga	-	1	-	-	-	1	0,17
Óbito por violência	1	2	-	-	-	3	0,52
Óbito por outras causas	-	4	-	-	-	4	0,69

Tabela 3- Descrição do agressor, tipos e meios de agressão e desfecho

Fonte: Tabnet/Datasus (2019).

Considerando que entre os agressores, em segundo lugar está a própria pessoa, outro fator relevante a se pensar é a incidência do suicídio na velhice. No Brasil, a cada 100 mil habitantes, 4,8 se suicidam. Especificamente, a ocorrência de suicídio na velhice está associada aos processos fisiológicos e psicológicos do próprio envelhecimento, ao medo de tornar-se dependente, à falta de esperança e aos processos depressivos de maior ou menor gravidade que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir. Sendo que muitas dessas situações se manifestam frequentemente de forma combinada (BRASIL, 2013). Segundo Werlang, Borges e Fensterseifer (2005), todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida. Os idosos tornam-se mais vulneráveis na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação.

O suicídio no idoso acontece, muitas vezes, devido à própria violência que é gerada contra ele no âmbito familiar. Sucessivas manifestações de agressões físicas, psicológicas, financeiras ou até mesmo de negligência e abandono, vão levando o idoso a um quadro de isolamento e depressão. A pessoa idosa, geralmente, vai suportando as circunstâncias o que provoca tristeza, desânimo e perda da disposição de continuar a vivendo. Com essa perspectiva, a pessoa na tentativa de amenizar seu desgosto comete o suicídio, como forma para acabar com o sofrimento, de ambos os lados.

É indispensável a conscientização da sociedade sobre esta situação, para divulgar e educar a população que convive com os idosos. O intuito é proteger a população idosa e ainda possibilitar a valorização e a consideração por este grupo populacional. É notório que com o passar do tempo e evolução da saúde há um

aumento da expectativa de vida do brasileiro, porém em contrapartida, é necessário garantir uma melhoria nas condições e na qualidade de vida de nossa população, mesmo que a desigualdade social ainda se mantenha. Minayo (2004, p. 44) cita que “amar, respeitar e contar com os idosos é requisito imprescindível de uma sociedade inclusiva e saudável”.

Sabe-se que a educação tem uma colaboração imensurável na construção de uma sociedade consciente, humanizada, digna e preocupada com seus idosos. É fundamental que as novas gerações tenham sensibilidade ao olhar para o idoso. A inserção da criança e do adolescente, nas discussões e atividades que envolvam a pessoa idosa, oportunizará a estes a consolidação de valores, contribuindo para um futuro mais adequado às pessoas idosas. Estas práticas devem partir da educação no âmbito familiar e serem desenvolvidas no espaço escolar; partindo do preceito de que a educação deve ser a base do desenvolvimento humano, formar futuros cidadãos com capacidade reflexiva e senso de dignidade humana corroboram para a diminuição estatística de violência contra a pessoa idosa. A sociedade deve aprender a respeitar e valorizar o idoso, como um ser humano que participou e agregou valor à comunidade em que está inserido e jamais como alguém que não pode trazer benefícios, sendo cruelmente descartado.

A inserção do profissional de saúde na educação escolar poderá contribuir para as discussões sobre a prevenção da violência de qualquer origem e a promoção de melhor qualidade de vida para todos os indivíduos. Sabe-se que a educação é a base para o desenvolvimento humano, sendo assim consideramos de suma importância a participação do profissional de saúde nesta construção. É relevante reforçar a educação continuada para que os profissionais de saúde estejam mais preparados para atender suas necessidades (OLIVEIRA et al., 2018).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante este estudo, notou-se que a identificação adequada e precoce da vítima de violência é a ação que potencializa e previne o enfrentamento necessário, tanto pela vítima quanto pela família ou equipe envolvida. Logo, o aprimoramento e formação de profissionais da saúde merecem maior atenção, sendo que serão os principais protagonistas na identificação dos eventos e até mesmo na atuação da prevenção, acolhimento e tratamento destas pessoas idosas. Em consonância com os resultados, afirma-se que é de suma importância a aplicação e fiscalização das ações e políticas públicas, as quais devem ser postas em práticas ao invés de se manterem apenas em registros legais, documentação e literaturas.

O enfrentamento deste problema requer a construção de uma rede integrada de atendimento aos idosos, envolvendo diferentes setores, organizações governamentais e não governamentais, para atuação conjunta nas áreas de saúde, assistência social, educação e direito. Nesse contexto, reforça-se a importância de equipes

multidisciplinares para dar visibilidade ao problema, com o objetivo de identificação de estratégias específicas para cada caso. Reconhece-se a deficiência de dados que são resultado da omissão dos familiares e também dos profissionais de saúde que não possuem uma percepção adequada para detectar problemas. Estas situações resultam em registros imprecisos. É importante salientar que a obrigatoriedade do registro é de todos os profissionais da saúde, mesmo que haja apenas suspeita da situação de violência.

O estudo realizado oportunizou a análise da gravidade de uma questão social, tornando evidente a necessidade de que pesquisadores contribuam com constantes estudos, revelando descobertas e provocando debates sobre este tema em questão. Esta discussão permite que os profissionais envolvidos neste contexto auxiliem na orientação e modificação do percurso da vida de pessoas idosas que estão envolvidas na dinâmica denúncia-proteção, e ainda conscientizar a população e as famílias de que os direitos conquistados devem ser sempre defendidos, garantidos e principalmente praticados.

Cabe ao profissional da saúde na realização do exame físico, dentro das possibilidades apresentadas, criar vínculo com esses idosos e ampliar o olhar para além das queixas do paciente. O reconhecimento da violência exige da equipe de enfermagem sentidos aguçados, que vão além das primeiras impressões, pois muitas vezes por medo ou vergonha o idoso acaba não contando a realidade dos fatos. Durante o atendimento deve-se tratar o idoso com respeito, reconhecer sua individualidade e oferecer um atendimento que proporcione segurança e acolhimento. O profissional deve reconhecer seu papel e direcionar os vitimados para órgãos de tratamento e acompanhamento específico. Destaca-se a necessidade desses profissionais compreenderem as questões éticas, morais, emocionais e jurídicas implicadas na suspeita ou comprovação da violência contra o idoso.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 06 ago. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. **Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 8 de fevereiro de 2010.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei no. 10.741 de 1º de outubro de 2003. Brasília, Diário Oficial da União, edição no. 192 de 3/10/2003.

BRASIL. **DATASUS**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 27 fev. 2019.

BRASIL. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, 2013.

CALDAS, C.P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

CRIPPA, A. et al. Violência contra pessoa idosa a partir da análise de boletins de ocorrência. **Sistema Penal & Violência**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 220-230, 2016.

IBGE. **Síntese dos indicadores de 2010 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IBGE. **Síntese dos indicadores de 2017 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO, M.C.S. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MOREIRA, W. C. et al. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 4, p.1324-1331, abr. 2016.

OLIVEIRA, G. S. D. idoso, velho, e outros sentidos de velhices. In: COLOGNESE, S. A. (Org.). **Fronteiras Sociológicas Revisitadas**. Porto Alegre: Evangraf, 2016. 113-131.

OLIVEIRA, K.S.M. et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.39, e.57462, 2018.

SANTANA, I.O.; VASCONCELOS, D.C.; COUTINHO, M. da P. de L. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 126-139, abr. 2016.

WERLANG, B. S. G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 39, n. 2, p. 259- 266, 2005.

## ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UMA CIDADE DO SUL DO BRASIL

**Jéssyca Slompo Freitas**

Universidade Federal do Paraná - UFPR  
Curitiba - Paraná

**Maria Lúcia Raimondo**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO  
Guarapuava – Paraná

**Maria Isabel Raimondo Ferraz**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO  
Guarapuava – Paraná

**Alexandra Bittencourt Madureira**

Universidade Estadual do Centro-Oeste -  
UNICENTRO  
Guarapuava - Paraná

que permitiu alcançar o objetivo da pesquisa.

**Resultados:** Relacionado à caracterização das mulheres vítimas de violência doméstica, no que se refere a faixa etária, isoladamente, a idade de 30 aos 40 anos foi a mais representativa, sendo aproximadamente 35% (22) das participantes. Quanto a escolaridade e ocupação, destaca-se que as mulheres que mais sofreram violência doméstica possuem ensino fundamental incompleto, sendo 44,4% (28) e 30,2% (19) não possuem emprego fixo. A maioria das entrevistadas era casada ou vivia em união estável, totalizando 54% (34) das mulheres vítimas de violência doméstica. A violência psicológica, isoladamente, foi o tipo prevalente, sendo em 27% (17), tendo o companheiro ou ex-companheiro o agressor em 79,4% (50) dos casos, em razão de discussões.

**Conclusão:** O estudo permitiu identificar o perfil das vítimas de violência e destaca a necessidade da sensibilização dos gestores e profissionais para o aprimoramento da atenção integral e humanizada ofertada pelos serviços intersetoriais no atendimento às mulheres vítimas de violência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência doméstica, Violência de gênero, Saúde da Mulher.

ANALYSIS OF THE SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE OF WOMEN VICTIMS OF

**RESUMO:** **Objetivo:** Delimitar o perfil socioeconômico e demográfico de mulheres vítimas de violência doméstica em uma cidade do sul do Brasil. **Método:** Pesquisa descritiva quantitativa, desenvolvida na Delegacia da Mulher em uma cidade do sul do Brasil. A amostra da pesquisa foi composta de 63 mulheres vítimas de violência doméstica que participaram de uma entrevista mediante a aplicação de instrumento estruturado elaborado pelas pesquisadoras, no período de junho a agosto de 2016. Os dados foram organizados em planilha com o apoio do programa *Excel/2003* e realizado uma análise estatística descritiva

**ABSTRACT:** **Objective:** To delimit the socioeconomic and demographic profile of women victims of domestic violence in a city in southern Brazil. **Method:** Descriptive quantitative research, developed at the Women's Police Station in a city in southern Brazil. The research sample consisted of 63 women victims of domestic violence who participated in an interview by applying a structured instrument prepared by the researchers, from June to August 2016. Data were organized in a spreadsheet with the support of the Excel / 2003 and carried out a descriptive statistical analysis that allowed to achieve the research objective. **Results:** Regarding the characterization of women victims of domestic violence, regarding age, separately, the age of 30 to 40 years was the most representative, being approximately 35% (22) of the participants. Regarding education and occupation, it is noteworthy that women who suffered the most domestic violence have incomplete elementary school, being 44.4% (28) and 30.2% (19) do not have a fixed job. Most of the interviewees were married or living in a stable union, totaling 54% (34) of women victims of domestic violence. Psychological violence alone was the prevalent type, being in 27% (17), with the partner or former partner the aggressor in 79.4% (50) of the cases, due to discussions. **Conclusion:** The study identified the profile of victims of violence and highlights the need for sensitization of managers and professionals to improve the comprehensive and humanized care offered by intersectoral services in the care of women victims of violence

**KEYWORDS:** Domestic Violence, Gender Violence, Women's Health.

### 1 | INTRODUÇÃO

No que concerne aos direitos humanos, o fenômeno da violência se apresenta como toda transgressão dos direitos à vida, de livre arbítrio, de participação política, dos direitos de saúde, educação, moradia, segurança e aqueles pertinentes aos direitos econômicos, como trabalho e renda, e a liberdade de viver a própria cultura (BRASIL, 2018). Neste contexto, a violência contra as mulheres sempre esteve presente na história da humanidade e é uma prática que ainda se mantém viva na pós-modernidade, em face à condição de desigualdade e submissão imposta pelo modelo social discriminatório e de poder que marca as relações sociais e de gênero (BRASIL, 2011).

A viabilização para a criação de políticas e programas de saúde voltados para o enfrentamento da violência, nas últimas décadas, relaciona-se com os debates multidisciplinares e por organizações internacionais. Nesta perspectiva, o tema faz parte do cenário das políticas públicas brasileiras de saúde desde 1984, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011).

No Brasil, estudo que analisou as taxas anuais de mortalidade de mulheres por agressões, nos períodos de cinco anos antes e depois da vigência da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), extraordinária conquista e um essencial recurso

para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher, indicou que não houve redução significativa. As taxas de mortalidade foram, respectivamente, 5,28 (2001-2006) e 5,22 (2007-2011) por 100 mil mulheres (GARCIA; FREITAS; HOFELMANN, 2013).

A apreensão das características das mulheres em situação de violência é uma maneira de contribuir com a visibilidade sobre a temática e a percepção da sociedade, além de aproximação com o tipo e a qualidade da atenção conferida nos serviços a este segmento populacional. Sendo assim, desvendar a dinâmica dos determinantes do fenômeno da violência, pode fornecer elementos para a formulação de políticas públicas e estímulo à notificação dos casos no âmbito individual e institucional (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012).

Tem-se que a delimitação do perfil epidemiológico possibilita analisar a distribuição dos fatores determinantes de enfermidades, e fixar a distribuição de agravos à saúde, como no caso da violência. Permite ao pesquisador, além de identificar grupos de alto risco para fins de prevenção, gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras e fornece indicadores que podem dar suporte ao planejamento, implantação e avaliação das ações de saúde (MEDRONHO, 2009).

A obtenção das *características* das mulheres e do contexto em que a violência ocorreu são importantes para implantação de estratégias e ações de intervenção e prevenção da violência, baseada em evidências (DOMÍNGUEZ-FERNÁNDEZ *et al.*, 2017). Assim, a delimitação deste perfil no município do estudo poderá fornecer subsídio aos gestores municipais para a elaboração e implementação de ações de enfrentamento à violência contra as mulheres, além de auxiliar os setores judiciário, de segurança, saúde e organizações sociais na elaboração do processo de enfrentamento à violência.

Nesta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivo delimitar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres vítimas de violência doméstica em uma cidade do sul do Brasil.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, desenvolvida na Delegacia da Mulher de uma cidade no Sul do Brasil, junto às mulheres vítimas de violência doméstica. Este é um recorte do projeto de pesquisa intitulado ‘Qualidade de Vida de mulheres vítimas de violência doméstica’, no qual avaliou o impacto da violência no que concerne aos domínios físico, psicológico, de relações sociais e do meio-ambiente e detectou o desconforto emocional ocasionado pela violência. Assim, a partir do primeiro objetivo do estudo, este artigo busca dar visibilidade a caracterização e ao perfil socioeconômico e demográfico destas mulheres vítimas de violência doméstica em uma cidade do sul do Brasil.

Os princípios éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme os pressupostos da Resolução nº 466/2012 e o projeto foi aprovado sob parecer nº 857.742/2014 no Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Participaram do estudo 63 mulheres vítimas de violência doméstica no município, que atendaram aos seguintes critérios de inclusão: mulheres adultas vítimas de violência doméstica, com idade igual ou superior a 18 anos, que registraram ocorrência de violência junto à Delegacia da Mulher, e que, após o convite, manifestaram livremente seu interesse em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2016, por meio de entrevista mediante a aplicação de instrumento estruturado elaborado e administrado pelas pesquisadoras. As questões que nortearam as entrevistas, abrangeram à caracterização da participante, como idade, raça, zona de residência, religião, estado civil, número de filhos, nível educacional e profissão e a caracterização da tipologia da violência, o autor da agressão e o motivo alegado para ocorrer a violência. No momento do atendimento da escrivã para notificação da violência, as mulheres eram informadas pela mesma sobre a realização da pesquisa, e as que aceitavam participar eram encaminhadas para as pesquisadoras, que explicavam os objetivos da pesquisa e realizavam o convite para participação. As entrevistas aconteceram individualmente, na delegacia, em uma sala destinada para este fim, conforme a disponibilidade e agendamento junto as participantes.

Os dados foram organizados em planilha no programa *Excel/2003*, e realizado uma análise estatística descritiva que permitiu alcançar o objetivo da pesquisa.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 63 mulheres vítimas de violência doméstica, sendo majoritariamente mulheres adultas jovens de cor branca e residentes na zona urbana, conforme síntese de dados de caracterização das mulheres participantes, exposto na Tabela 1.

Características	Número (n.º)	Percentual (%)	Faixa etária	
18-29	11	17,5		
20-30	18	28,5		
30-40	22	34,9		
40-50	7	11,1		
50-60	3	4,8		
+ de 60	2	3,2		
Raça/Cor				
Branca	38	60,3		
Parda	21	33,3		

Negra	3	4,8
Amarela	0	0,0
Não informado	1	1,6
<b>Zona de residência</b>		
Zona rural	9	14,3
Zona urbana	54	85,7
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

TABELA 1: Caracterização sociodemográficas das mulheres vítimas de violência segundo a faixa etária, raça e zona de residência. Guarapuava, 2016.

No que se refere à idade, aproximadamente 35% (22) das entrevistadas tinham entre 30 a 41 anos, constituindo-se a faixa etária predominante neste estudo. Estudos semelhantes mostram variação de idade de acordo com a região e/ou número de mulheres analisadas, porém, há prevalência de mulheres vítimas de violência na faixa etária acima de 30 anos (SAMPAIO; AQUINO, 2013). Ainda sobre a faixa etária, em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, no momento da notificação as mulheres possuíam idades entre 19 e 59 anos, sendo que a média de idade foi 34,42 anos (LAWRENZ *et al.*, 2018).

No que se refere à raça, 60,3% (38) mulheres referiram ser da raça branca, sendo esta a prevalência no estudo, devendo-se considerar que o município do estudo foi colonizado principalmente por povos de origem alemã e polonesa. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, com mulheres que denunciaram violência, corrobora com os achados desta pesquisa ao evidenciar que 80,1% delas se identificaram como de raça/cor branca (LAWRENZ *et al.*, 2018).

Quanto ao local de residência destas mulheres, percebe-se que a maioria, sendo 85,7% (54) das mulheres, reside em zona urbana. Números semelhantes também foram encontrados em pesquisa realizada em boletins de ocorrência notificados no período de 2005 a 2009, na qual foi evidenciado que a zona urbana concentrou 93,4% dos casos de violência, enquanto 6,6% eram mulheres oriundas da zona rural (RAIMONDO; LABRONICI; LAROCCA, 2013). Importante destacar que o reduzido número de notificações por residentes da zona rural, merece preocupação e investigações.

A Tabela 2 mostra o perfil das mulheres vítimas de violência segundo a escolaridade e ocupação.

Características	Número (n.º)	Percentual (%)
<b>Escolaridade</b>		
Não Alfabetizada	1	1,6
Fundamental Incompleto	28	44,4
Fundamental Completo	16	25,4
Médio Incompleto	9	14,3
Médio Completo	6	9,5

Superior Incompleto	2	3,2
Superior completo	1	1,6
Pós-graduada	0	0,0
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Do lar	19	30,2
Empregada Doméstica	9	14,3
Auxiliar serviços gerais	5	7,9
Comerciária	6	9,5
Trabalhadora da indústria	7	11,1
Professora	2	3,2
Aposentada/pensionista	1	1,6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

TABELA 2: Caracterização sociodemográficas das mulheres vítimas de violência segundo a escolaridade, ocupação e profissão. Guarapuava, 2016.

Quanto à escolaridade, os dados mostram que as mulheres que mais sofreram violência doméstica possuem ensino fundamental incompleto, sendo 44,4% (28). Somente 25,4% (16) das mulheres possuem o 1º grau completo e menos de 10% possuem o 2º grau completo, salientando a baixa escolaridade entre as mesmas. No que tange ao nível de escolaridade, um estudo realizado com mulheres que notificaram a violência no Rio Grande do Sul também evidenciou níveis elevados e baixa escolaridade entre as vítimas, sendo 33,5% relataram ter ensino fundamental incompleto (LAWRENZ *et al.*, 2018).

A realidade apresentada neste estudo e em outras regiões do Brasil revela uma relação direta entre a escolaridade e a violência, pois quanto menor o grau de escolaridade das mulheres, maiores foram os índices de violência. Esta relação foi mundialmente estudada em uma pesquisa multicêntrica realizada pela OMS em 2005, e constatou que quanto maior o nível de escolaridade das mulheres, menores eram os números de casos. Os índices de violência decresciam significativamente a partir do ensino médio (WHO, 2011).

Com relação ao trabalho, que pode ter relevante implicação sobre a qualidade de vida das mulheres, observou-se que 30,2% (19) das mulheres referiram não trabalhar fora do domicílio e não ter formação ocupacional. A realidade evidenciada revela que, apesar dos avanços e conquistas em relação aos direitos da mulher, um significativo percentual ainda vive na condição de domesticação imposta no período colonial brasileiro, onde cabe a ela a responsabilidade exclusiva pelos afazeres domésticos e criação dos filhos, fato que as desvaloriza frente ao modelo social atual (DEL PRIORE, 2007).

Esses fatores implicam em consequências negativas futuramente, visto que não há garantia de seguridade social, já que a mulher exerce atividade ocupacional não

remunerada na maioria das vezes. Neste ínterim, apesar da violência também estar inserida nas classes média e alta, Rabello e C. Junior (2007) destacam a renda e o nível de escolaridade como fatores que podem intervir diretamente para que a violência doméstica aconteça. A dependência financeira também corrobora para que as mulheres vítimas de violência tendam a permanecer no convívio do agressor, vez que eles são os provedores de suas necessidades financeiras.

Neste contexto, evidencia-se a importância de investigações nas relações entre questões de gênero, raciais e social na gênese do fenômeno da violência que ocorre nas relações de intimidade, uma vez que as vulnerabilidades das vítimas se apresentam de formas distintas de acordo com os contextos no qual estão inseridas (SILVEIRA; NARDI; SPINDLER, 2014).

As informações das mulheres entrevistadas segundo religião, estado civil e número de filhos estão sintetizadas na Tabela 3.

Características	Número (n.º)	Percentual (%)
<b>Religião</b>		
Católica	36	57,1
Evangélica	19	30,2
Outras	8	12,7
<b>Estado civil</b>		
Solteira	13	20,6
Casada	15	23,8
União Estável	19	30,2
Separada	9	14,3
Divorciada	7	11,1
Viúva	0	-
<b>Número de filhos</b>		
0	12	19,0
1-2	30	47,6
3-4	16	25,4
5-6	3	4,8
Mais de 6	2	3,2
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

TABELA 3: Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência segundo a religião, estado civil e número de filhos. Guarapuava, 2016.

A religião de maior evidência entre as mulheres vítimas de violência foi a católica, com 57,1% (36). Neste ínterim, não foram encontradas pesquisas que versam sobre uma relação da opção religiosa com a situação de violência doméstica, um fato que se coloca como necessidade e destaque neste estudo. Considera-se relevante a crença religiosa das vítimas de violência, uma vez que a religião pode servir como rede de

apoio, no entanto, também pode influenciar a submissão feminina ao agressor em razão dos preceitos religiosos a serem seguidos por quem a frequenta.

Dados referentes ao estado civil, somando a condição de união estável e casadas, teve-se 54% (34) de mulheres que sofreram violência. Este índice é semelhante ao encontrado em outras pesquisas no Brasil onde a maioria das mulheres vítimas de violência é casada ou amasiada (SAMPAIO; AQUINO, 2013). Das 63 mulheres entrevistadas, 30 delas pertencem a famílias com 1 a 2 filhos, ou seja, 47,6%. Relacionado a este fator, Gomes et al. (2014) destacam que filhos que presenciam e vivem em um ambiente permeado pela violência também apresentam comprometimento da saúde mental e influência para seu desenvolvimento humano. Um estudo desenvolvido na Espanha, com mulheres vítimas de violência conjugal, evidenciou que elas eram, notadamente, mulheres jovens com média de idade de 36,6 anos, a maioria tinha filhos (69,85%), com emprego remunerado (40,45%), porém, 53,52% tinham baixo nível socioeconômico (DOMÍNGUEZ-FERNÁNDEZ *et al.*, 2017).

Frente a estes dados, é possível perceber que a violência atinge crianças, adolescentes e mulheres, de diferentes etnias, classes sociais, culturas ou religião (BRASIL, 2011). Ela não atinge a população de forma homogênea, vez que variações quantitativas e qualitativas são observadas em relação à idade, sexo, raça, local de moradia, tipo de ocupação, condições sociais e econômicas (PARANÁ, 2012).

A partir da análise da Tabela 4, relacionada a caracterização do tipo de violência, autor e motivo alegado para ocorrer a violência, destaca-se que raramente uma violência ocorra isolada, por isso, tem-se que 30,2% (19) das mulheres entrevistadas, sofreram mais de um tipo de violência. Segundo, o maior índice é da violência psicológica que esteve presente isoladamente em 27% (17), seguida da física em 23,8% (15) dos casos.

Características	N	%
<b>Tipo de violência</b>		
Física	15	23,8
Psicológica	17	27,0
Sexual	1	1,6
Patrimonial	6	9,5
Moral	5	7,9
Mais de um tipo	19	30,2
<b>Autor da agressão</b>		
Marido/ companheiro	24	38,1
Ex-marido/ companheiro	26	41,3
Pai	0	0,0
Padrasto	2	3,2
Filhos	1	1,6

Namorado	3	4,8
Ex-namorado	4	6,3
Outros membros da família	3	4,8
<b>Motivo alegado para ocorrer a violência</b>		
Cíumes	6	9,5
Discussão	20	31,7
Embriaguez	8	12,7
Comportamento agressivo	16	25,4
Não aceita separação	9	14,3
Injúria e difamação	3	4,8
Outros	1	1,6
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

TABELA 4: Caracterização do tipo de violência, autor e motivo alegado para ocorrer a violência. Guarapuava, 2016.

Em São Paulo, um estudo realizado com 3.193 mulheres usuárias de 19 serviços de saúde também confirma a alta prevalência de violência psicológica (52,4%) entre as mulheres, seguida da física com 37,5% (SCHRAIBER *et al.*, 2009). Já na Espanha, um estudo realizado com 396 casos de violência de gênero, evidenciou que em 43,7% dos casos ocorreu uma combinação de abuso físico e psicológico. Como resultado das agressões, 53,02% das mulheres sofreram lesões físicas como hematomas localizadas principalmente nos membros superiores e na face (DOMÍNGUEZ-FERNÁNDEZ *et al.*, 2017).

A violência psicológica é qualquer conduta que cause danos emocionais e diminuição da autoestima, ou prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher. Consiste na sujeição a agressões verbais constantes, ameaças, chantagem, privação de liberdade, humilhação, desvalorização, hostilidade, culpabilização, rejeição, indiferença, causando danos à identidade, ao desenvolvimento e equilíbrio emocional da pessoa (PARANÁ, 2012). Nela estão incluídos os comportamentos que visem degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (BRASIL, 2011).

No que se refere ao autor da violência, observou-se na Tabela 4 que os maridos e ex-maridos foram os principais agressores, sendo em 79,4% (50) dos casos. A prevalência do parceiro ou ex-parceiro íntimo como o autor da violência também foi evidenciada em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, no qual cônjuges, ex-cônjuges, namorados e ex-namorados foram responsáveis por 52,2% dos casos de violência notificados (LAWRENZ *et al.*, 2018). A gravidade da violência nas relações

conjugais foi elucidada por Melo, Silva e Caldas (2009), quando constataram que 86,4% das mulheres vítimas de tentativa de homicídio tiveram seus companheiros como agressores.

No que se refere aos motivos alegados pelas vítimas para que a violência ocorresse, os dados sintetizados na Tabela 4 indicam que a discussão foi o motivo mais citado, sendo mencionado em 31,7% (20) dos casos. Esta realizada também foi encontrada por Raimondo, Labronici e Larocca (2013) quando mencionam que em seus achados de pesquisa a discussão foi o motivo mais alegado pelas vítimas de violência e esteve presente em 26,4% de todas as ocorrências registradas.

## 4 | CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu constatar que as vítimas de violência no município estudado foram, em sua maioria, adultas jovens brancas, residentes em área urbana, católicas, com baixa escolaridade e sem atividade de ocupação fixa, o que pode as caracterizar como financeiramente dependentes.

Com relação ao estado civil, a maior parte delas mantinha relacionamento estável ou era casada e tinham, em média, de 1 a 2 filhos. As mulheres sofreram mais de um tipo de violência concomitantes, e a violência foi praticada, principalmente, pelo marido ou ex-marido, em razão de discussões.

Reconhece-se a importância de compreender a multiplicidade de fatores que condicionam a vítima no ciclo de violência. A caracterização apresentada permite a reflexão sobre a relação das desigualdades sociais e de gênero, que evidencia a necessidade de investir nas discussões acerca da temática, visando mudanças culturais e a igualdade, para o enfrentamento e superação da violência contra a mulher.

Considerando o perfil apresentado nesta pesquisa e a complexidade da violência, salienta-se que o seu enfrentamento deve articular os setores da saúde, social, jurídicos e de segurança pública, de maneira intersetorial e interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas** / elaboração de Marcia Teresinha Moreschi. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011.

DEL PRIORE, M. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2007.

DOMÍNGUEZ-FERNÁNDEZ, M. *et al.* **Características y consecuencias de la violencia de género: estudio de casos confirmados por sentencia judicial**. Revista Española de Medicina Legal, Espanha, v.43, n.3, p.89-134, 2017.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S.; HOFELMANN, D.A. **Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011.** Epidemiol Serv Saúde, v.22, n.3, p.383-394, 2013.

GOMES, N. P. *et al.* **Cuidado as mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia Saúde da Família.** Revista Psicologia USP, São Paulo, v.25, n.1, p.63-69, 2014.

LAWRENZ, P. *et al.* **Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v.34, e34428, 2018.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELO, Z.M.; SILVA, D.M.; CALDAS, M.T. **Violência intrafamiliar: crimes contra a mulher na área metropolitana no Recife.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 1, p. 111-119, 2009.

MOURA, M.A.V.; NETTO, L.A.; SOUZA, M.H.N. **Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas.** Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.435-442, 2012.

PARANÁ. Governo do Estado do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à mulher em situação de violência.** Linha Guia. Versão Preliminar. Curitiba, 2012.

RABELLO, M. P.; CALDAS-JÚNIOR, A.F. **Violência contra mulher, coesão familiar e drogas.** Rev Saúde Pública, v.41, n.6, p.970-980, 2007.

RAIMONDO, M.L.; LABRONICI, L.M.; LAROCCA, L.M. **Retrospecto de ocorrências de violência contra a mulher registradas em uma delegacia especial.** Cogitare enferm., Curitiba, v. 18, n. 1, p.43-49, 2013.

SAMPAIO, R.O.; AQUINO, G.B. **Perfil das mulheres vítimas de violência doméstica de uma cidade do interior da Zona da Mata Mineira.** Revista Científica da Faminas, Minas Gerais, v.9, n.3, p.115-131, 2013.

SILVEIRA, R.S.; NARDI, H.C.; SPINDLER, G. **Articulações entre gênero e raça/cor em situações de violência de gênero.** Psicol Soc, v.26, n.2, p.323-334, 2014.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, jul./ago. 2009.

WHO. World Health Organization. **Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women.** Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2011.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MULHERES DIAGNOSTICADAS COM LESÃO INTRAEPITELIAL DE ALTO GRAU (NIC II E NIC III) POR CITOLOGIA ONCÓTICA NO PERÍODO DE 2014 A 2017 EM PARNAÍBA - PI

### **Elizama Costa dos Santos Sousa**

Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina-PI

### **Carlos Leandro da Cruz Nascimento**

Enfermeiro pela (UESPI), Parnaíba-PI

### **Antonio Thomaz de Oliveira**

Doutorando em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO), Teresina-PI

### **Vânia Cristina Reis Cavalcante**

Mestre em Saúde da Família-RENASF-Fio Cruz

### **Morgana de Oliveira Tele**

Enfermeira pela (UESPI), Parnaíba-PI

### **Joel Araújo dos Santos**

Enfermeiro pela (UESPI), Parnaíba-PI

### **Bartolomeu da Rocha Pita**

Enfermeiro Residente no Programa de residência em Enfermagem Obstétrica (UFPI), Teresina-PI

### **Mayla Cristinne Muniz Costa**

Enfermeira pela (UniNovaFap), Teresina-PI

### **Ana Letícia de Aragão Oliveira Araripe**

Médica pela (Facid) e Pós-Graduanda em saúde publica da faculdade dextex, Teresina-PI

### **Nelsianny Ferreira da Costa**

Enfermeira Obstetra pela Faculdade de Tecnologia Evolução, Parnaíba-PI

### **Tatyanne Silva Rodrigues**

Doutoranda em Enfermagem (UFPI), Teresina-PI

### **Isadora Batista Lopes Figueiredo**

Enfermeira pela (UNINOVAFAPI), Teresina-PI

### **Simone Expedita Nunes Ferreira**

Enfermeira pela Faculdade Santo Agostinho, Teresina-PI

**RESUMO:** O câncer de colo uterino é considerado um problema de saúde pública e é o terceiro mais frequente na população feminina, e a quarta causa de mortalidade das mulheres por câncer no Brasil. A presença da infecção pelo HPV é apontada como um dos principais fatores de risco para surgimento desse câncer e as mudanças nas células ocorrem lentamente durante muitos anos, após a infecção. O objetivo do presente estudo foi montar o perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau, a partir da busca, coleta e análise dos dados encontrados no período de 2014 a 2017 em uma Instituição Privada que presta serviço para Secretaria de saúde do Município. Foram calculados para amostra da pesquisa 42 fichas, contudo foram analisadas 20 fichas de mulheres com diagnóstico de Lesão intraepitelial de alto grau, pois alguns prontuários não apresentavam a ficha de requisição do exame preventivo, impossibilitando a coleta dos dados e tornando reduzido o número da amostra real. E observou-se os seguintes resultados: mulheres com idade entre 31 a 40 anos, com cor parda e com escolaridade no nível médio. Cerca de 35% realizavam o exame por rastreamento e 95% já haviam feito exame anteriormente. Nenhuma utilizava DIU ou estava grávida e nem utilizava hormônio para menopausa ou já fizeram radioterapia. 90% delas usavam pílulas

anticoncepcionais. E 85% indicaram não ocorrer sangramento após relação sexual, enquanto 95% não tiveram sangramento após a menopausa. Na inspeção do colo pode-se observar maior predominância em colo normal e alterado. Quanto aos sinais de IST a maioria das mulheres não apresentavam nenhum sinal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Epidemiologia; Saúde da mulher; Teste Papanicolaou; Lesões intraepiteliais escamosas cervicais.

**ABSTRACT:** Cervical cancer is considered a public health problem and is the third most frequent in the female population, and the fourth leading cause of cancer mortality in Brazil. The presence of the HPV infection is indicated as one of the main risk factors for the onset of this cancer and the changes in the cells occur slowly during many years, after the infection. The objective of the present study was to assemble the epidemiological profile of women diagnosed with high-grade intraepithelial lesion, from the search, collection and analysis of the data found in the period from 2014 to 2017 in a private institution that provides services to the Health Department of the Municipality. A total of 42 tokens were calculated for the sample. However, 20 records of women with high-grade intraepithelial lesion were analyzed, since some medical records did not present the requisition of the preventive examination, making it impossible to collect data and reduce the number of the sample real. And the following results were observed: women aged 31 to 40 years, with brown color and with schooling in the middle level. About 35% were screened and 95% had previously taken the exam. None used IUDs or were pregnant and did not use hormone for menopause or had radiation therapy. 90% of them used birth control pills. And 85% indicated no bleeding after sexual intercourse, while 95% did not experience bleeding after menopause. In the inspection of the cervix it is possible to observe greater predominance in normal and altered cervix. As for the IST signs most of the women did not show any signs.

**KEYWORDS:** Epidemiology; Women's health; Papanicolaou test; Cervical squamous intraepithelial lesions.

## 1 | INTRODUÇÃO

A presença da infecção pelo Papiloma Vírus Humano ou HPV é apontada como um dos principais fatores de risco que desencadeia o câncer do colo do útero. No Brasil esse tipo de câncer está em terceiro lugar, estimando haver 16.370 novos casos de câncer de colo de útero, com o risco de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres ao ano. A mortalidade pode chegar a 5 casos em 100.000 ao ano. (BRASIL, 2016). Já foram identificados mais de 100 diferentes tipos de HPV, podendo permanecer sem lesões aparentes ou pode provocar o surgimento de verrugas em muitas áreas do corpo (genitais, pés, mãos ou outras áreas) e em alguns casos cuja infecção persiste, e é causada por um tipo de vírus oncogênico, pode haver o desenvolvimento de lesões que antecedem a doença, progredindo para o câncer se não forem identificadas e tratadas precocemente.

De acordo com o INCA (2018) (Instituto Nacional de Câncer) 13 tipos de HPV são considerados com potencial para causar o câncer, provocando infecções persistentes e lesões precursoras. Dentre esse número estimado, o HPV 16 e 18 estão presentes, aproximadamente, em 70% dos casos de câncer de colo do útero, denominados de HPV de alto risco oncogênico. As mudanças nas células do colo do útero, a partir da infecção por HPV, ocorrem lentamente durante muitos anos. Tais mudanças apresentam-se de baixo ou de alto grau, dependendo do tipo de HPV contraído, como já foi visto acima.

Assim, a mulher permanecendo com o mesmo parceiro/parceira e apresentando exames de Papanicolau normais, pode ter alterações após muitos anos. A recusa do uso de camisinhos e a multiplicidade de parceiros deixa a mulher mais vulnerável ao contágio pelo HPV, sendo ele transmitido, principalmente, por via sexual, mesmo que o ato não tenha penetração vaginal ou anal, além de ser homossexual ou heterossexual (ALMEIDA, 2018). O uso do preservativo auxilia na prevenção do HPV, contudo o vírus apresenta-se em locais que não são cobertas por ele. A transmissão do vírus pode acontecer durante o contato sexual direto antes da colocação do preservativo (ELEUTERIO et al, 2000).

O exame citológico ou preventivo detecta as lesões no epitélio. Esse exame baseia-se no estudo das células cervicais descamadas ou retiradas, mecanicamente, com a espátula de ayres e/ou escova (MOURA et al., 2010). No decorrer das décadas existiram diversas classificações das alterações citológicas e histológicas, porém utiliza-se hoje, a classificação de acordo com o Sistema Bethesda (TBS) (DIAS et al., 2015).

No caso do câncer de colo do útero há uma progressiva transformação dentro de um período de alguns anos. Com a presença do Vírus ocorre uma desordenação das camadas de células epiteliais pavimentosas que revestem o colo do útero. Nas camadas mais basais do epitélio estratificado, temos a NIC I - Baixo Grau, sendo a lesão de comportamento benigno e geralmente não necessita de tratamento, pois sua regressão age espontaneamente. Ao avançar a espessura do epitélio, preservando as camadas mais superficiais, temos a NIC II - Alto Grau. Em mulheres que tenham idade a partir dos 24 anos, na maioria das vezes, é necessário tratamento por cauterização ou vaporização que destroem a área afetada ou a excisão, onde são extraídas partes dessa área. Na NIC III - Alto Grau, há o desarranjo em todas as camadas do epitélio e carcinoma *in situ*, sem rompimento da membrana basal. Nesse caso, sempre há necessidade de tratamento, por excisão (ELEUTERIO et al, 2000).

O estímulo para promover essa pesquisa iniciou a partir da participação em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante Estágio Extracurricular, onde houve a possibilidade de observar e auxiliar as consultas, coletas de materiais para o exame preventivo e a busca por mulheres em diversas situações, visando conscientizá-las e incentivá-las a realizar o exame.

Assim, torna-se relevante a realização dessa pesquisa para cunho informativo,

trazendo benefícios, pois após a identificação dos casos de câncer de colo uterino pode-se traçar estatísticas e um perfil que possa colaborar com o conhecimento da patologia. Além de emitir alerta para as mulheres quanto seu cuidado e procura dos serviços. E cabe a enfermagem, baseada nas informações, buscar medidas que possam orientar as mulheres e organizar estratégias de busca ativa daquelas que estão na faixa de rastreamento, promovendo diagnóstico e tratamento precoce, ressaltando e intensificando ações preventivas, colocando-as como recurso essencial para garantia dos cuidados e elos estabelecidos entre as partes compostas (usuárias e serviço).

Com isso veio a seguinte questão, qual o perfil epidemiológico de mulheres diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau (NIC II E NIC III) por citologia oncológica no período de 2014 a 2017 em Parnaíba – PI?

## 2 | METODOLOGIA DE PESQUISA

Pesquisa do tipo descritiva e com abordagem quantitativa com caráter epidemiológico. Os estudos epidemiológicos descritivos podem utilizar dados secundários (prontuários, arquivos de instituições, entre outros); esse tipo de estudo investiga como a prevalência ou a incidência de uma determinada patologia pode variar em relação a algumas características, como cor, idade, sexo, escolaridade e entre outras. Quando há divergências de acordo com o tempo, local ou a pessoa, o estudo epidemiológico permite a identificação de grupos vulneráveis para que possa ocorrer ações de prevenção, além de elaborar hipóteses para futuras pesquisas (LIMA; BARRETO, 2006).

A definição do universo da pesquisa foi feita a partir do cálculo de populações finitas, utilizando como base a estimativa da quantidade de casos de Câncer de colo de útero dentro dos anos da pesquisa. Assim, obtivemos a estimativa de 15,43 casos por 100.000 mulheres (BRASIL, 2016), sendo que na cidade pesquisada temos a incidência de 46,88 casos no período da pesquisa. Com esses números calculados obtivemos, com nível de confiança de 95%, uma amostra de 42 fichas/prontuários, aproximadamente, para análise. Tais fichas contém os resultados dos exames coletados na rede de atenção básica do município de Parnaíba-PI e na referida instituição privada que faz prestação de serviço para secretaria de saúde, realizados nos 5 últimos anos.

A cidade onde ocorrerá a pesquisa fica situada no Norte no estado do Piauí, 339Km da capital Teresina. Possui uma população total, aproximadamente, 145.729 mil/hab. sendo que a população feminina representa cerca de 75.978 hab. (BRASIL, 2016). E a Instituição em questão é conveniada com o SUS e presta serviços ao município pesquisado e as demais cidades circunvizinhas. Com critérios de inclusão: fichas de mulheres que foram diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau e que

sejam residentes da cidade de Parnaíba-PI, sendo que elas utilizaram os serviços da ESF ou diretamente na instituição Privada que disponibilizou os dados da pesquisa, além disso, a ficha de requisição do exame deveria estar presente no prontuário da usuária. E como critério de exclusão: aquelas fichas de mulheres não residentes em Parnaíba-PI; que não apresentarem resultados de lesão intraepitelial de alto grau e/ ou prontuários que a ficha de requisição estive ausente, impossibilitando a coletas dos dados de acordo com itens dessa ficha.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2018, realizada pelo próprio pesquisador, que fez a organização das informações, levantamento dos dados e análise dos arquivos encontrados. Serviram de instrumento e prontamente avaliados, os Formulários de requisição do exame citopatológico , que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde e, faz parte do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Consiste nesse formulário os dados da Unidade Básica de Saúde, as informações pessoais da cliente/paciente (nome completo, idade, raça, escolaridade e etc.), uma breve anamnese, um campo para o exame clínico, dados do laboratório que irá realizar avaliação do material coletado e por fim os resultados.

Foi elaborado um roteiro para a compilação das informações, baseado nos dados essenciais para a pesquisa, que constará com as informações do coletivo de mulheres diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) em cada ano, dentre o período estabelecido.

As informações contidas nesse formulário são fundamentais para uma interpretação favorável do material coletado e também para que possa haver busca ativa, realizada pela ESF, das mulheres que não compareceram para receber o resultado de exame.

Para analisar os dados da pesquisa foi usada a ferramenta de Estatística descritiva. Que segundo Silvestre (2007), a Estatística pode ser considerada uma ciência que dispõe de vários métodos que são propícios para levantar, examinar, descrever e interpretar os diversos dados, além de apresentar informações que auxiliam na melhor compreensão dos fatos que foram alcançados.

A partir disso, será possível construir gráficos e tabelas estabelecendo um perfil da amostra coletada. Os prontuários, resultados dos exames e os formulários de requisição do exame são dados que foram registrados através de planilhas que ficaram guardados sob responsabilidade dos pesquisadores por um período determinado no cronograma de atividades, após este prazo o documento será destruído, respeitando os princípios éticos da pesquisa e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que envolve seres humanos.

Destaca-se que o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí - UESPI, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas reguladoras da Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe salientar que, antes de iniciarmos a pesquisa, a instituição participante da pesquisa foi esclarecida sobre as finalidades

do estudo. E após assinar os termos obrigatórios iniciou-se a coleta de dados.

Quanto aos riscos da pesquisa inclui-se a quebra de confidencialidade dos prontuários, resultados dos exames, mas que tais riscos, no entanto, foram minimizados no momento em que as informações obtidas pela pesquisa foi tratadas com sigilo e confidencialidade, e os dados divulgados não possibilitaram a identificação das pacientes, garantindo assim o anonimato e privacidade.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

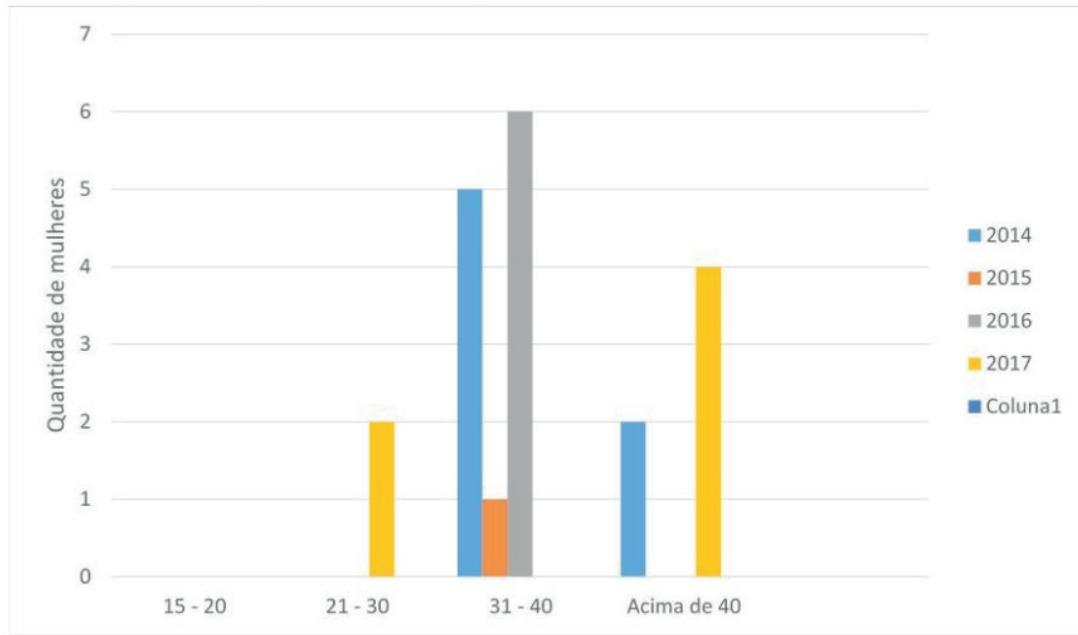
Foram calculados para amostra da pesquisa 42 fichas de requisição de exame citopatológico, contudo foram analisadas 20 fichas de mulheres com diagnóstico de Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) na Cidade de Parnaíba – PI, seguindo os critérios de inclusão e exclusão e o roteiro dessa pesquisa. Alguns prontuários não apresentavam a ficha de requisição do exame preventivo, impossibilitando a coleta dos dados e tornando reduzido o número da amostra real.

A tabela e os gráficos apresentados seguiram as características dos itens da ficha de requisição, divididas em: Informações Pessoais que corresponde aos dados demográficos, Dados da Anamnese e Exame clínico.

#### Caracterização demográfica das mulheres

##### Faixa etária

**Gráfico 1: Faixa Etária das mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 – 2017**



Fonte: Elaborado pelo autor.

A caracterização das usuárias, segundo a faixa etária demonstrada no Gráfico acima, revela que houve predominância na faixa etária de 31 a 40 anos de idade (60%), seguido por a faixa acima dos 40 anos (30%) e em menor predominância

a faixa de 21 a 30 anos (10%), enquanto a faixa etária de 15 a 20 anos não teve nenhum caso diagnosticado. O ano de 2016 obteve o maior número de casos de mulheres diagnosticadas.

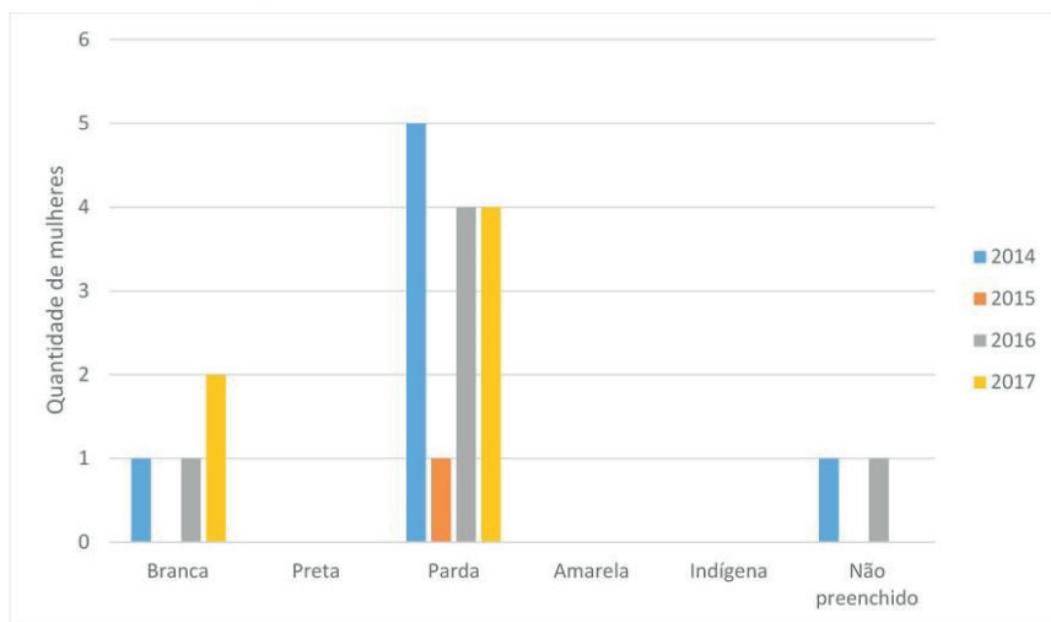
De acordo com a literatura, a maioria dos CCU (Câncer do Colo do Útero) atinge mulheres na faixa etária de 40 a 60 anos, sendo incomum esse tipo de câncer em mulheres com idade inferior a 20 anos (ALMEIDA, 2018). Contudo, segundo os últimos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 99,7% dos casos de câncer desse tipo no mundo teriam relação com a infecção por algum dos tipos de HPV, assim, a maior taxa de contaminação do HPV ocorre entre mulheres com idade de 15 a 25 anos, faixa etária correspondente ao início da atividade sexual (BRASIL, 2016).

Corroborando com a afirmativa acima, o estudo de Prado et (2012), realizado em Base Secundária a partir de dados provenientes de Registros Hospitalares de Câncer (RHC) desenvolvido pelo INCA, nos apresenta a média de idade de 49 anos das mulheres com diagnóstico de CCU. Já em outros estudos podemos perceber que a faixa etária acometida por CCU oscila entre 35 a 55 anos (MATOS et al., 2018), estando em consonância com os dados coletados pela pesquisa.

Além disso, pode-se evidenciar a necessidade de uma atenção especial às mulheres com faixa etária inferior às que apresentaram maior prevalência, pois o INCA (2018) recomenda que mulheres entre 25 e 29 anos de idade repitam o exame preventivo no intervalo de 12 meses e citologia deve ser repetida com seis meses naquelas mulheres com idade igual ou maior a 30 anos, dessa forma havendo um controle e prevenção mais eficaz.

#### Raça ou Cor da pele

**Gráfico 2:** Raça ou cor das mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 - 2017



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação a raça ou cor das usuárias, o presente estudo sugere uma maior

predisposição das lesões intraepiteliais associados à infecção pelo HPV em mulheres que se declararam de cor parda (70%), enquanto 20% correspondem a cor branca, 10% são campos não preenchidos. Nenhuma mulher considerou-se preta, indígena ou amarela (Gráfico 2).

A questão da raça/cor da pele do indivíduo foi introduzida no censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) desde o ano 2000, sendo considerado um item complexo no censo, pois o Brasil é tido como um país diversificado em cultura e em etnias. Mesmo assim, esse item torna-se extremamente relevante na caracterização do indivíduo e na sua identificação enquanto parte da sociedade (LIMA, 2006).

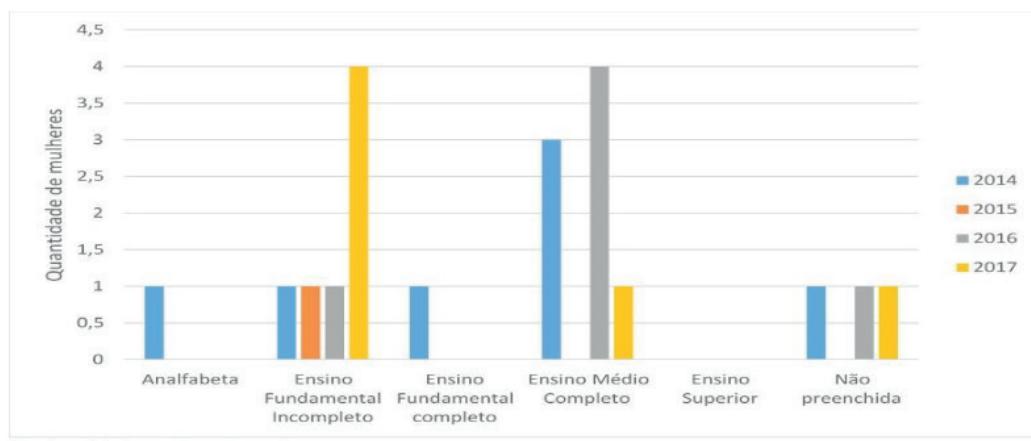
O IBGE (2018) através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), divulgou que no Piauí a população preta e parda somadas representava 79,4%, e os brancos são 20,4% do total da população. Se comparadas apenas a relação dos habitantes declarados brancos e pretos os dados apresentam, respectivamente, 20,4% e 8,7%. Predominando os pardos no estado do Piauí (BRASIL, 2016). E esses dados corroboram com o achado da pesquisa.

Segundo Moura et al (2010), evidenciaram a cor branca como um fator de proteção quanto ao desenvolvimento do CCU, enquanto a raça negra é considerada como um dos fatores de risco para o CCU (OLIVEIRA, 2015). Estudo de Umezulike et al (2007) relataram que mais da metade dos casos de CCU eram de mulheres não brancas.

Pode-se ressaltar que o item raça/cor foi quantificado de acordo com os campos preenchidos, e registrada segundo a autodeclaração das usuárias. Colaborando com os demais autores, Prado et al. (2012) mostraram em seu trabalho, realizado no estado do Ceará, que quase a totalidade das mulheres autodeclararam pardas, alcançando um percentual de 86,1%. Observou-se um número limitado de estudos que destacam a relação da raça com o CCU e a infecção do HPV.

### Escolaridade

**Gráfico 3: Escolaridade das mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 - 2017**



Fonte: Elaborado pelo autor.

No Gráfico acima, observa-se que houve prevalência no ensino médio completo (40%) e, em seguida, o ensino fundamental incompleto (35%), analfabetismo e ensino fundamental completo (5% cada), ainda assim verificou-se campos em branco (15%).

Tais achados mostram uma disparidade de acesso à educação entre as usuárias e concorda com outros dados que associam a alta incidência do câncer de colo do útero com um menor nível de escolaridade (MASCARELLO et al., 2012).

Indo de encontro ao presente estudo, Simonsen et al (2014), mostrou em seu trabalho desenvolvido no Município de Fortaleza no Ceará, que a maioria das mulheres que compunham sua pesquisa eram alfabetizadas com educação formal no ensino fundamental completo. Destaca ainda que quanto maior for o nível de escolaridade dessas mulheres serão melhores os cuidados com sua saúde e de seus familiares, buscando ainda mais os serviços de saúde.

Nesse caso, os dados levantados por esta pesquisa na cidade de Parnaíba mostram certa ligação com a afirmativa acima, pois mesmo que o percentual de mulheres com escolaridade em nível médio seja maior, pode não estar relacionado a falta de cuidados e sim pelo desconhecimento das medidas preventivas.

Dias et al. (2015), relatou que o baixo nível de escolaridade é comumente aplicado como sinônimo do nível socioeconômico e tem sido considerado um fator de risco para o CCU. Isso indica que essas mulheres, possivelmente, não reconhecem a importância do exame citopatológico, ou não possuem o conhecimento suficiente para busca-lo de algum modo.

Figueiredo et al. (2015), mostrou que 76,4% das mulheres possuíam escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental completo, discordando o resultado predominante do presente trabalho. Assim, é possível avaliar a diferença dos resultados, contrapondo-se em relação as demais pesquisas que estabelecem a baixa escolaridade como fator de risco.

É possível que o nível de escolaridade da população brasileira tenha aumentado, onde o percentual dos analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto caiu de 65,1% para 50,2% e quantidade de pessoas com curso superior completo subiu de 4,4% para 7,9% (RIBEIRO et al., 2015). Nesse sentido, houve busca por melhor nível de instrução, o que pode contribuir para redução do número de casos da patologia.

#### Dados da Anamnese

##### Motivo para realização do exame

Itens	Ano	2014	2015	2016	2017	Total 20 fichas	%
Motivo do exame	Rastreamento	1	1	1	4	7	35
	Repetição	-	-	-	-	-	-
	Seguimento	-	-	-	-	-	-
	Não preenchida	6		5	2	13	65

Tabela 1: Motivo para realização do exame preventivo das mulheres diagnosticadas com Lesão

Foi observado que 35% das mulheres têm o rastreamento como motivo para a realização do exame, contudo 65% das fichas não estão preenchidas nesse campo (Tabela 1). Lamentavelmente, muitos campos da ficha de requisição do exame não estavam assinalados prejudicando o acesso real às informações.

A ficha de Requisição do exame citopatológico é um instrumento que contribui para coletar os dados de cada mulher, possibilitando a avaliação de risco e as condições de cada usuária. E tal instrumento deveria ser um dos primeiros passos para entender e reconhecer a demanda e a população que busca o preventivo nos serviços de saúde (MOURA et al., 2010). De acordo com Prado et al. (2012), o não preenchimento e Erros no momento de assinalar pode impossibilitar a realização do cadastro da mulher no sistema, provocando erros no diagnóstico, dificulta a entrega do resultado e prejudica a busca ativa das mulheres que tiveram seus resultados alterados. No entanto, temos um percentual significativo de mulheres que buscam o serviço para fazer o rastreamento dentro da faixa determinada pelo Ministério da saúde.

Conforme Simonsen et al (2014), existem alguns fatores que auxiliam no acesso ao exame citopatológico, sendo a idade um elemento determinante para esse acesso, uma vez que quanto maior a idade mais consciente será a busca. Mesmo assim, algumas mulheres possuem conhecimento insuficiente acerca da importância e da finalidade do exame de prevenção do colo do útero e por isso grande parte das usuárias não mantém regularidade na coleta nem procura pelo serviço (ELEUTERIO et al, 2000).

#### Realização anterior do exame

Itens	Ano	Realização anterior do exame					Total 20 fichas	%
		2014	2015	2016	2017			
Fez o exame alguma vez?	Sim	6	1	6	6	19	95	
	Não/Não sabe	-	-	-	-	-	-	-
	Não preenchida	1	-	-	-	1	5	

Tabela 2: Realização do exame preventivo alguma vez, anteriormente, pelas mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 – 2017

No campo sobre a realização do exame anteriormente, 5% das fichas não estavam preenchidas e o restante das fichas indicavam realização do exame (95%) (Tabela 2). Dessa forma, a pesquisa demonstra que há uma busca pelo exame dentre quase todas as mulheres, mesmo que a vergonha predomine em meio aos

sentimentos presentes, pois a cada momento de exposição de seus corpos, esse sentimento ressurge, sendo que isso se dá pela educação recebida, desenvolvendo um tabu sobre o sexo (PRADO et al., 2012).

Alguns autores associam a vergonha com o medo. Medo antes do exame, durante e após a sua realização, ou seja, produzem expectativa diante do profissional e o diálogo, além do medo de terem alguma patologia (MOURA et al., 2010). Ainda que os sentimentos existam diante de toda essa situação e possam até prejudicar o exame, as mulheres realizam o exame seja por recomendação médica ou por aparecimento de sintomas ou mesmo por saber a importância da prevenção e de seu autocuidado (DIAS et al., 2015).

A faixa etária com maiores percentuais nessa pesquisa (31-40 anos), descritas no Gráfico 1, já havia realizado exame em alguma vez anteriormente. Entretanto, Busnello et al. (2016) se opõe a afirmativa supracitada, relatando em seu estudo feito em um município do oeste do Estado de Santa Catarina, que mulheres entre 35 e 49 anos, cerca de 40% da população feminina do Brasil, nunca buscaram realizar o exame preventivo, sendo essas idades acometidas com casos positivos de câncer do colo uterino.

#### Uso do DIU ou pílulas anticoncepcionais

Itens	Ano					Total 20 fichas	%
		2014	2015	2016	2017		
Usa DIU?	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não/Não sabe	7	1	6	6	20	100
Usa pílula anticoncepcional?	Sim	-	-	1	1	2	10
	Não/Não sabe	7	1	5	5	18	90

Tabela 3: Utilização de Dispositivo Intrauterino e Pílulas anticoncepcionais pelas mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 – 2017

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação ao uso de DIU (Dispositivo Intrauterino), todas as usuárias indicaram que não utilizavam o dispositivo (Tabela 3). Fato que tem positividade acerca da saúde delas, pois casualmente é possível observar alterações nas células endometriais, por consequência da utilização do DIU, facilitando a ação de agentes infecciosos, principalmente pelo HPV (BRASIL, 2016). Busnello et al. (2016) aponta em suas pesquisas que um número mínimo das participantes de seu trabalho usa o dispositivo.

E quanto à utilização de pílulas anticoncepcionais a maioria das mulheres responderam que não utilizavam (90%) e somente 10% responderam que usam esse método contraceptivo (Tabela 3). Pesquisas sobre os métodos contraceptivos

utilizados pelas mulheres, constatou que havia um maior número delas que não utilizavam nenhum contraceptivo, porém dentre as possibilidades de uso, elas usavam o anticoncepcional oral (ELEUTERIO et al, 2000).

Todavia, não se pode estabelecer, ainda, alguma relação sobre CCU e o contraceptivo oral. Acredita-se que a utilização por um longo período possa atuar como cofator da instalação da infecção pelo HPV e seu desenvolvimento, ocorrendo o surgimento das lesões (PRADO et al., 2012).

#### Radioterapia e Gestação

Itens	Ano	2014	2015	2016	2017	Total 20 fichas	%
<b>Está grávida?</b>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não/Não sabe	7	1	6	6	20	100
<b>Já fez tratamento por radioterapia?</b>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não/Não sabe	7	1	6	6	20	100

Tabela 4: Usuárias gestantes e/ou que já fizeram tratamento de radioterapia dentre aquelas diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 – 2017

Fonte: Elaborado pelo autor.

As fichas mostraram que nenhuma usuária havia feito tratamento por radioterapia (Tabela 4), e sobre essa questão o Instituto Oncoguia (2017), relatou que a radioterapia interromper a menstruação ou antecipar a menopausa em mulheres que estão em pré-menopausa. Porém, a literatura não apresenta mais evidencias e referencias acerca da relação entre a realização da radioterapia anterior e os diagnósticos posteriores.

A pesquisa mostrou ainda que nenhuma usuária estava grávida no período do exame preventivo (Tabela 4). Assim, pode-se ressaltar a não adesão do exame durante a gestação ou a dificuldade de alguns profissionais diante da realização do exame durante a gestação.

Segundo Moura et al, (2010) maioria das gestantes referem insegurança na realização do exame, e não se sentem tranquilas diante do profissional. Além disso, os autores identificaram na pesquisa diversas dúvidas em relação ao procedimento, sua funcionalidade e ainda se havia algum prejuízo para o bebê.

O Ministério da Saúde (2004) declara que as histórias de busca pelos serviços de saúde entre as mulheres, exprimem desapontamentos, violações dos direitos e apresentam-se como origem de tensão e constrangimento, além de afetá-las psicologicamente e fisicamente também. Contudo, a qualidade e a humanização da atenção implicam no reconhecimento, na promoção e respeito aos seus direitos

humanos, dentro daquilo que garantindo na saúde integral à mulher. Isso necessita de superação de conceitos e práticas medicalizadoras e biólogas dentro dos serviços de saúde e a adesão de práticas de saúde integral que tenham as experiências das usuárias como essenciais (BRASIL, 2016).

Melo et al. (2013), relataram que além da carência de informações e compreensão das mulheres, existe ainda as dúvidas dos profissionais na realização do exame, fortalecendo o medo entre as gestantes. Em vista disso, é primordial a atualização e treinamento dos profissionais de saúde a respeito de metodologias e informações, fazendo com que o profissional seja capaz de acolher, consultar e examinar com segurança (MANFREDI et al., 2016).

#### Tratamento hormonal

Itens	Ano					Total 20 fichas	%
		2014	2015	2016	2017		
<i>Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?</i>	Sim	-	-	-	-	-	-
	Não/Não sabe	7	1	6	6	20	100

Tabela 5: Utilização de hormônios ou medicamentos para o tratamento da menopausa entre as mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014 – 2017

Fonte: Elaborado pelo autor.

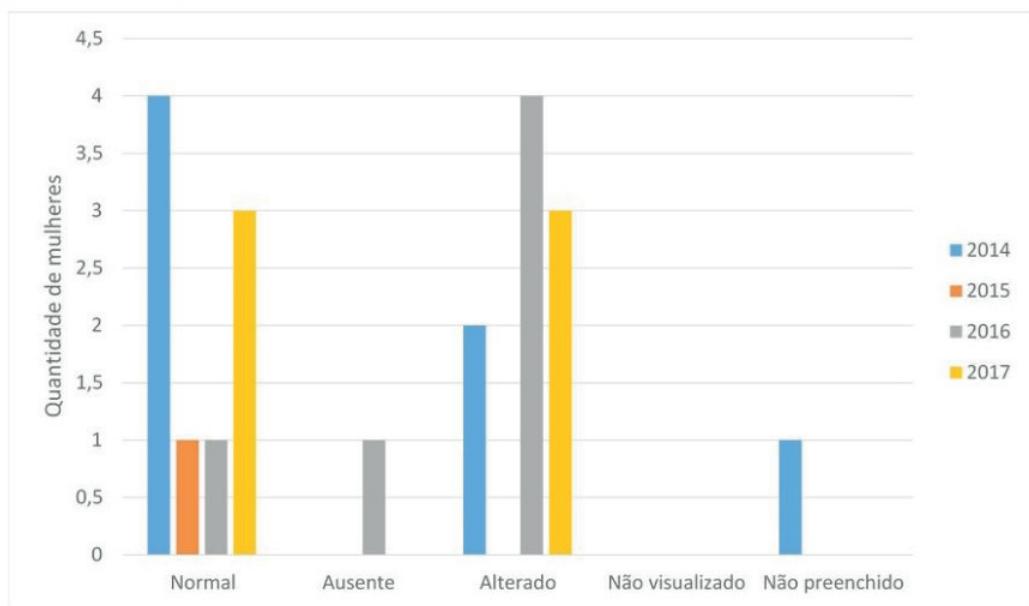
Todas as mulheres indicaram a não utilização de nenhuma forma de tratamento hormonal para menopausa, descrito na Tabela 5. E pela faixa etária predominante nessa pesquisa nenhuma estava no período da menopausa.

Todavia, é interessante avaliar essa informação para que durante a análise o especialista tenha conhecimento que os achados podem ser em decorrência das alterações hormonais. Dias et al. (2015), em seus achados, esclarece que as alterações hormonais no corpo feminino podem propiciar diagnóstico positivos. Outras pesquisas corroboram com assertiva, visto que mulheres em menopausa têm maiores chances de diagnóstico positivo, sendo que nessa fase acontece diminuição na produção de hormônios, cuja células sofrem alterações permitindo que elas sejam definidas como atípicas escamosas ou indeterminadas (ELEUTERIO et al, 2000).

## Caracterização dos dados do exame clínico

### Inspeção do colo

**Gráfico 4: Inspeção do colo de mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014-2017**



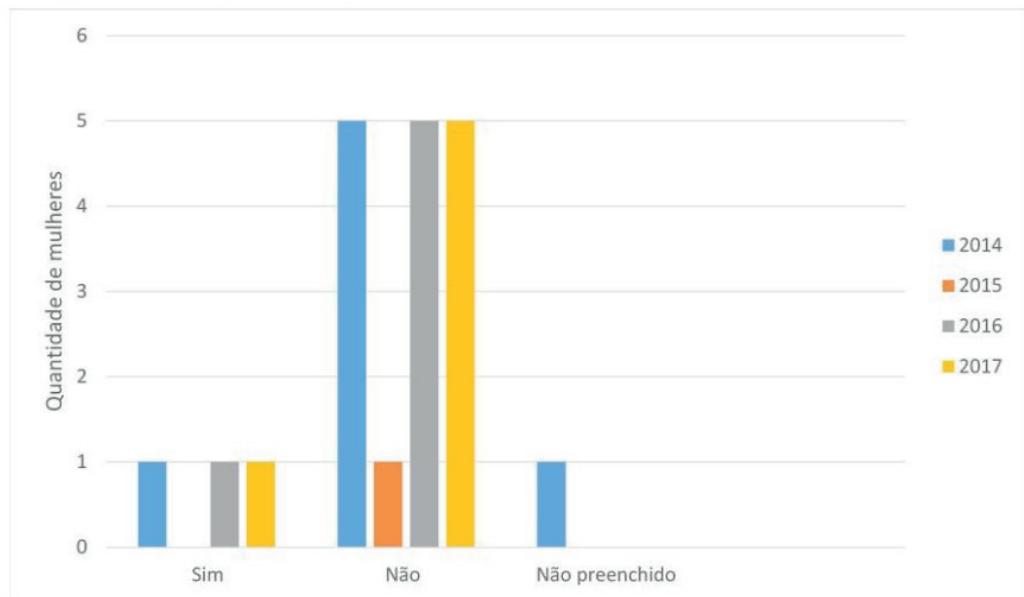
Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação à inspeção do colo, duas opções tiveram destaque no Gráfico apresentado acima, com percentual de 45%, colo normal e alterado (45%), enquanto 5% foram ausentes e os demais 5% não estavam preenchidos. Observou-se também, que mesmo nas mulheres diagnosticadas o colo não apresentou anormalidade.

De encontro com o achado relatado acima, um estudo nos retrata que a maioria das usuárias, na inspeção do colo, apresentaram o colo do útero normal, enquanto um pequeno percentual (15,34%) mostrara o colo alterado (MOREIRA et al., 2017), esses dados corroboram com a informação, já citada por Pimentel et al. (2011), que a grande maioria das mulheres buscam realizar periodicamente o exame caso haja sinais ou sintomas, ou pelo aspecto clínico alterado do seu colo do útero.

### Sinais sugestivos de IST

**Gráfico 5: Sinais sugestivos de IST em mulheres diagnosticadas com Lesão intraepitelial de alto grau (NIC II e NIC III) no Município de Parnaíba – PI, 2014-2017**



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na identificação de sinais de IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis), observa-se no Gráfico 5, que cerca de 80% não apresentavam nenhum sinal e 15% apresentaram, e assim como em algumas questões anteriores, houveram fichas com esse campo não preenchido (5%). Pode-se ressaltar o percentual mínimo daquelas que tiveram sinal para infecções e evidenciar a importância da realização do exame periódico e o acompanhamento ginecológico, além da avaliação e a busca pelo serviço de saúde, para que haja prevenção.

Nesse sentido, Almeida (2018), vem ao encontro da pesquisa com resultados semelhantes, cujos dados verificados possuem um percentil de 96,29% para aquelas mulheres que não apresentaram nenhum sinal e somente 3,71% delas apresentaram sinais de IST, ou seja, a maior parte dos exames não indicaram qualquer manifestação para tais infecções, mesmo sendo baixo o percentil de sinais verificados.

## 4 | CONCLUSÃO

Os dados evidenciados neste trabalho permitiram concluir que a realização do exame citopatológico é uma atividade essencial para detecção precoce de modificações que possam levar ao desenvolvimento do CCU. Os resultados deste estudo revelaram que o maior percentual se compõe de mulheres na idade 31 a 40 anos, porém é necessário fortalecer o programa de rastreamento do CCU, já que este estudo mostra um percentual significativo de usuárias acima de 40 anos.

Essa caracterização epidemiológica de mulheres diagnosticadas com lesão intraepitelial de alto grau, serve para chamar atenção de todos os gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, além de informar a população, especialmente a população

feminina, sobre CCU, suas modificações e evolução.

A educação em saúde e a assistência realizada pelos profissionais das Estratégias de Saúde da Família são fundamentais para a garantia de acesso, a progressão da qualidade de vida e a diminuição dos casos de CCU. Assim, as mulheres podem ser estimuladas a buscarem os serviços, ao mesmo tempo que os profissionais da atenção primária sejam capacitados e atualizados acerca do assunto, efetivando a busca ativa dessas mulheres. Além de priorizarem as ações já programadas pelo Ministério da saúde, como o outubro Rosa, afim de consolidar assistência da população apresentada pelo estudo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M.; LOBO, L. M. G. A.; OLIVEIRA, F. B. M. Câncer do colo uterino, HPV e exame Papanicolau: uma reflexão acerca dos conhecimentos das mulheres. **Reon. Facema.** v.4,n.1,p.889-895, 2018.

BRASIL. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BUSNELLO, G. F. *et al.* Perfil das mulheres encaminhadas à clínica a mulher para a realização de exame de colposcopia em um município do oeste do Estado de Santa Catarina. **Revista UNINGÁ**, v.26, n.3, p.10 – 15. Santa Catarina, RS. Abr – Jun 2016.

DIAS, E. G. *et al.* Avaliação do conhecimento em relação à prevenção do câncer do colo uterino entre mulheres de uma unidade de saúde. **Rev Epidemiol Control Infect.**; v.5,n.3,p.136-140, 2015.

ELEUTERIO,J. *et. al.* Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS): estudo de 208 casos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.22,n.3,p. 201-209, 2000.

FIGUEIREDO, T. *et al.* Análise do perfil de mulheres com lesões pré-cancerosas de colo do útero. **SAÚDE REV.**, v. 15, n. 41, p. 3-13, Piracicaba, Set. – Dez., 2015.

GOMES, L. C. S. *et al.* Conhecimento de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero: uma revisão integrativa. **Revista UNINGÁ**, vol.30, n.2, p. 44- 51, 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** Rio de Janeiro, 2016, 2.ed. Disponível em: [www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes\\_para\\_o\\_Rastreamento\\_do\\_cancerdo\\_colu\\_do\\_uteru\\_2016\\_corrigido.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancerdo_colu_do_uteru_2016_corrigido.pdf). Acesso em 31 out. 2018.

LIMA C. M. F; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, V. 12 ,n. 4, p.224-30, 2006.

MANFREDI, R. L. *et al.* Exame Papanicolau em gestantes: conhecimento dos enfermeiros atuantes em unidade de atenção primária à saúde. **Fundamental Care Online**, v.8, n.3, p. 4668-4673, jul - set. 2016.

MASCARELLO, K. C. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev. Bras. Cancerol (Online)**,v.2, n.1, p. 417-426, 2012.

MATOS, G. H. P. *et al.* Caracterização dos resultados de exames citopatológicos do colo do útero

entre 2014 e 2016. **Journal Health NPEPS**. v.3,n.1,p.153-165. 2018.

MELO, C. P. *et al.* Percepção de gestante sobre o Papanicolau: bases para estratégia saúde da família. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. Salvador, v.12, n.2, p.185-193. mai. - ago. 2013.

MOREIRA, T. R. Perfil das mulheres usuárias do sus com lesões intraepiteliais em um município do oeste do Paraná. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 21, n. 3, p. 181-186 Umuarama - PR, set. - dez. 2017.

MOURA, A. D. A. *et al.* Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de papanicolau: subsídios para a prática de enfermagem. **Rev. Rene.**, v. 11, n. 1, p. 94-104. Fortaleza, jan. - mar., 2010.

PIMENTEL, A. V. *et al.* A Percepção da Vulnerabilidade Entre Mulheres com Diagnóstico Avançado do Câncer do Colo do Útero. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 255-262. Florianópolis, 2011.

PRADO, P. R. *et al.* Caracterização do Perfil das Mulheres com Resultado Citológico ASCUS/AGC e HSIL segundo Fatores Sociodemográficos, Epidemiológicos e Reprodutivos em Rio Branco-AC, Brasil. **Rev Bras de Cancerologí**, 58(3): 471-479. 2012.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero em uma cidade do Nordeste. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 02, p. 1367-81. 2015

SIMONSEN, M. *et al.* Presença de sintomas no momento do diagnóstico da recorrência do câncer do colo do útero está relacionada com pior prognóstico? **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.36,n.12,p.569-74. 2014.

UMEZULIKE, A. C. *et al.* Epidemiological characteristics of carcinoma of the cervix in the Federal capital Territory of Nigeria. **Nigerian journal of clinical practice**, v. 10, n. 2, p. 143-146, 2007.

## PREVALÊNCIA DE DORES OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO E SUA INFLUENCIA NA QUALIDADE DE VIDA EM TECNICOS DE ENFERMAGEM NA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA - ERECHIM-RS

**Bruna Carla Tesori**

Acadêmica da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Erechim, RS, Brasil.

**Arthiese Korb**

Fisioterapeuta formada pela UFSM, Doutora em Ciências Médicas pela UFRGS , Docente do Departamento de Ciências da Saúde da URI Erechim.

**Patricia Bazzanello**

Fisioterapeuta, formada pela URI-ERECHIM, Mestre em Envelhecimento Humano pela UPF, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da URI Erechim.

afetadas e a qualidade de vida dos técnicos de enfermagem da Fundação Hospitalar Santa Terezinha no município de Erechim-RS, através de questionários aplicados sobre dor e qualidade de vida. A amostra foi composta por 143 técnicos de enfermagem de todos os setores do hospital, destes 10,5% eram do sexo masculino e 89,5% do sexo feminino. Os resultados do presente estudo demonstraram 56,6% apresentam dor crônica, 29,4% dor aguda e apenas 14% ausência de dor, sendo a região mais acometida a região lombar, cervical e ombros. Destes profissionais mais de 75% afirmaram que suas dores são relacionadas ao trabalho, quanto a qualidade de vida foi possível constatar que o domínio físico foi o que obteve a menor pontuação. Contudo, os resultados evidenciam que os técnicos de enfermagem apresentam dores osteomusculares, o que vem a influenciar na sua qualidade de vida e no seu trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Técnicos de enfermagem, Fisioterapia, Qualidade de vida.

**RESUMO:** Com o passar dos anos, observou-se um aumento significativo de dores osteomusculares relacionado ao trabalho, afetando a qualidade de vida do profissional, gerando um maior nível de afastamento ao trabalho. Nesse contexto, as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil são cada vez mais desafiadoras, devido à falta de recursos, acarretando sobrecarga desses profissionais em seu ambiente de trabalho, o que leva ao aparecimento de diversas patologias, sejam elas físicas ou psíquicas. Pensando nisso o presente estudo teve como objetivo verificar a ocorrência de dores osteomusculares relacionadas ao trabalho, identificar as regiões do corpo que mais são

PREVALENCE OF OSTEOMUSCULAR PAINS RELATED TO WORK AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE IN NURSING TECHNICIANS IN THE HOSPITAL FOUNDATION SANTA TEREZINHA - ERECHIM-RS.

**ABSTRACT:** With the passing of the years, a significant increase in musculoskeletal pain related to work was observed, affecting the quality of life of the professional, generating a higher level of distance from work. In this context, the working conditions of nursing professionals in Brazil are increasingly challenging, due to the lack of resources, resulting in the overload of these professionals in their work environment, which leads to the appearance of several pathologies, whether physical or psychic. The present study aimed to verify the occurrence of work-related osteomuscular pain, to identify the regions of the body that are most affected and the quality of life of the nursing technicians of the Santa Terezinha Hospital Foundation in the city of Erechim-RS, through applied questionnaires on pain and quality of life. The sample consisted of 143 nursing technicians from all sectors of the hospital, of whom 10.5% were male and 89.5% female. The results of the present study showed that 56.6% had chronic pain, 29.4% had acute pain and only 14% had no pain. The region was most affected by the lower back, neck and shoulders. Of these professionals more than 75% stated that their pains are related to work, as for the quality of life it was possible to verify that the physical domain was the one that obtained the lowest score. However, the results show that nursing technicians have musculoskeletal pain, which influences their quality of life and their work.

**KEYWORDS:** Nursing technicians, Physiotherapy, Quality of life.

## INTRODUÇÃO

O trabalho tem um papel importante na vida do homem, pois, além de ser fonte do seu sustento, é onde este pode se sentir útil, produtivo e valorizado, tendo sua autoestima elevada, passando a contar com a possibilidade concreta de auto realização. (DELIBERATO, 2002). Como o trabalho possui uma posição central na vida dos seres humanos, a incapacidade para realização de uma determinada atividade laboral tem influência na vida do trabalhador e na qualidade de suas relações familiares e sociais. (ALENCAR et al., 2010).

A Organização Mundial de Saúde caracterizou as doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho como multifatoriais, envolvendo fatores físicos, organizacionais, psicossociais, aspectos individuais e socioculturais. Os distúrbios do sistema musculoesquelético no trabalho ocorrem frequentemente quando a demanda física do trabalho excede a capacidade física do trabalhador. (ALENCAR et al., 2010). Esses distúrbios são considerados a maior causa de afastamento do trabalho, capaz de gerar incapacidade e sofrimento ao trabalhador. (GARCIA et al., 2004).

Os técnicos de enfermagem são profissionais que atuam em atividades auxiliares, de cuidados ao paciente. (FERREIRA et al., 2016). As condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil são cada vez mais desafiadoras, devido à falta de recursos, acarretando a sobrecarga desses profissionais em seu ambiente de trabalho, o que leva ao aparecimento de diversas patologias, sejam elas físicas ou psíquicas. (FONSECA et al., 2006).

Pensando nisso o presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de dores e sintomas musculoesqueléticas e se são oriundos do trabalho, a capacidade para o trabalho e qualidade de vida nos técnicos de enfermagem da Fundação Hospitalar Santa Terezinha Erechim (FHSTE), podendo futuramente contribuir para uma ação de intervenção e prevenção.

## METODOLOGIA

A estratégia utilizada nessa pesquisa foi o estudo transversal, de caráter quantitativo e tipo exploratório. O tamanho da amostra foi realizado através de estatística amostral utilizando-se nível de confiança de 95%, com margem de erro de 5% e o tamanho da população como sendo 298 profissionais técnicos de enfermagem ( dado fornecido pelo Setor do RH do Hospital Santa Terezinha Erechim- RS), resultando em uma amostra de 143 participantes em todos os setores do hospital. Os participantes foram selecionados por disponibilidade e por concordância em participar da pesquisa. Foram incluídos indivíduos que exerçam a profissão de técnicos de enfermagem de ambos os sexos, sem limite de idade, e que concordaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e excluídos indivíduos que não concordarem com algum item do TCLE.

Para a coleta dos dados foram realizadas visitas periódicas nos três turnos de trabalho do hospital em todos os setores, os questionários foram respondidos de forma individual, por ordem de disponibilidade de cada funcionário ao seu setor em horário de trabalho. No primeiro contato foi explicado o objetivo da pesquisa, com a aceitação assinado o TCLE, posteriormente responderam o questionário nórdico de sintomas osteomusculares, que consiste em um diagrama do corpo humano com quatro possibilidades de classificação de intensidade da dor, ou ausência da mesma, logo após o WHOQOL-bref um questionário sobre qualidade de vida. E por fim uma escala visual numérica multidimensional Emador relatando de 0 a 10 qual a classificação da intensidade da dor.

Para análise dos dados foi realizado dados por meio da média e desvio padrão com apresentação dos dados na forma de tabelas e gráficos, bem como cálculo de porcentagem para determinar a prevalência. Mann-Whitney ao nível de significância de 5% por teste não paramétrico, teste do qui-quadrado ao nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram armazenados e tabulados no Software Microsoft® Excel. Será considerado nível de significância de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

A presente pesquisa foi realizada com uma amostra de 143 técnicos, sendo 15(10,5%) profissionais do sexo masculino e 128(89,5%) do sexo feminino. A população obtida foi de 160 técnicos de enfermagem, tendo de excluir 17 indivíduos

por não aceitarem participar da pesquisa.

A figura 1 demonstra a intensidade de dor dos funcionários, estes dados foram obtidos pela aplicação do instrumento Escala Visual Numérica Multidimensional EMADOR, que classifica a intensidade da dor de 0 a 10, sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente. Na figura observa se que 15,4% dos participantes relataram sentir dor classificada como 7, e 14% que não sentem nenhuma dor.

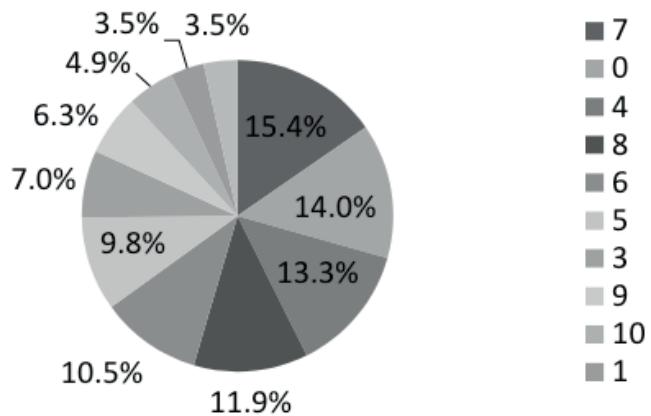


Figura 1 – Escala de Intensidade numérica de dor

A Tabela 01 apresenta a distribuição dos tipos de dor e ausência da mesma por sexo, o teste do Qui-quadrado, para independência, mostrou que não existe evidência de que o tipo de dor esteja relacionado com o sexo ( $p = 0,517$ ), ou seja, a percepção da dor ou ausência da mesma é independente do sexo. Considerando ambos os sexos, 14,0% (20) não apresentam dor, 56,6% (81) apresentam dor crônica e 29,4% (42) apresentam dor aguda.

Sexo	Dor						p*	
	Ausente		Crônica		Aguda			
	n	%	n	%	N	%		
Masculino	1	6,7	8	53,3	6	40,0	0,517	
Feminino	19	14,8	73	57,0	36	28,1		
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>14,0</b>	<b>81</b>	<b>56,6</b>	<b>42</b>	<b>29,4</b>	<b>-</b>	

Tabela 01 – Distribuição dos tipos de dor por sexo e para a amostra inteira. (EMADOR).

Não foi verificado na avaliação qual era a carga horaria do profissional, pois foi avaliado todos os setores de todos os turnos de trabalho, uma vez que o motivo da pesquisa esta relacionado com a prevalencia de disturbios osteomusculares porem observamos que o horario que os profissionais mais sentiam as dores osteomusculares esta entre o periodo das 20 hrs as 24hrs.

Segundo o instrumento de pesquisa EMADOR as regiões mais citadas pelos participantes com dor, ressaltando que cada individuo poderia assinalar mais que

um local, foram as regiões lombar esquerda citada 48 vezes(11,3%), a lombar direita citada 46 vezes (10,8%), região da escapulpa esquerda citada 33 vezes (7,7%), escapulpa direita(6,8%) e cervical(6,8%), e assim sucessivamente.

A Tabela 02 mostra as regiões do corpo citadas pelos participantes da pesquisa acometidas de dor, desconforto ou dormência nos últimos 12 meses, a partir do instrumento NÓRDICO de sintomas osteomusculares. É possível verificar que das regiões citadas com dor, 36,5 % raramente apresentam a dor, 49,3 % apresenta dor frequentemente e 14,1 % das regiões sempre apresentam dor, desconforto ou dormência. Dor na região lombar é, individualmente, o motivo de maior queixa.

Regiões do corpo	Número de participantes da pesquisa	Proporção de citações (%)	Escore da dor*					
			1		2		3	
			n	%	n	%	n	%
<b>Região lombar</b>	91	16,7	30	33,0	46	50,5	15	16,5
<b>Pescoço/cervical</b>	83	15,2	18	21,7	65	78,3	0	0,0
<b>membros inferiores</b>	72	13,2	30	41,7	30	41,7	12	16,7
<b>Ombros</b>	70	12,8	20	28,6	40	57,1	10	14,3
<b>Braços</b>	67	12,3	29	43,3	23	34,3	15	22,4
<b>Região dorsal</b>	51	9,4	17	33,3	26	51,0	8	15,7
<b>Punhos/mãos/dedos</b>	44	8,1	19	43,2	16	36,4	9	20,5
<b>Antebraços</b>	27	5	17	63,0	7	25,9	3	11,1
<b>Cotovelos</b>	26	4,8	14	53,8	9	34,6	3	11,5
<b>(Sem dor, desconforto ou dormência)</b>	14	2,6	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>545</b>	<b>100</b>	194	36,5	262	49,3	75	14,1

Tabela 02– Regiões do corpo, citadas pelos participantes da pesquisa, como atingidas por dor, desconforto ou dormência. (NÓRDICO)

\* 1 – raramente; 2 – com frequência; 3 – sempre.

A Tabela 03 demonstra a relação entre a quantidade de regiões afetadas pela dor e a parte destas consideradas oriundas do trabalho. No total dos técnicos de enfermagem 14 profissionais não sentem dores, 28 profissionais sentem dores em uma parte do corpo, destes 7 acreditam que sua dor não é devido ao trabalho, e 27 acreditam que essa dor em uma parte do corpo é oriunda do trabalho. Outras relações são possíveis de serem inferidas a partir da Tabela 06.

Quantidade de regiões	Partes do corpo com dor(resultado do trabalho)									Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	9	n	%
0	14	0	0	0	0	0	0	0	0	14	9,8
1	7	21	0	0	0	0	0	0	0	28	19,6
2	8	1	9	0	0	0	0	0	0	18	12,6
3	4	4	3	7	0	0	0	0	0	18	12,6
4	3	1	2	3	3	0	0	0	0	12	8,4
5	3	1	2	2	0	3	0	0	0	11	7,7
6	2	2	2	3	1	4	0	0	0	14	9,8
7	3	1	0	0	0	1	1	3	0	9	6,3
8	2	0	1	0	1	2	1	2	0	9	6,3
9	2	1	0	2	1	1	0	0	3	10	7,0
Total	48	32	19	17	6	11	2	5	3	143	100,0

Tabela 03– Relação entre a quantidade de regiões afetadas pela dor e a parte destas consideradas oriundas do trabalho

O módulo WHOQOL-BREF é constituído pelos domínios físico, psicológico, relação social, meio ambiente e qualidade de vida. Os resultados aqui apresentados são convertidos para comparação com o WHOQOL-OLD, ou seja, o escore pode variar de zero a 100, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida avaliado. A Tabela 04 apresenta os resultados para os quatro domínios bem como a média de todos os domínios. Verifica-se que o domínio Físico é o de menor pontuação (55,2), sendo que a qualidade de vida é tanto melhor quanto mais próximo de 100. Já os domínios Psíquico, Social e Meio Ambiente oscilam entre, aproximadamente 64 e 69.

Estatística	Domínio				QV
	Físico	Psíquico	Social	Meio Ambiente	
Média	55,2	65,8	69,4	64,2	63,7
Desvio Padrão	8,6	11,2	16,3	9,1	8,9

Tabela 04 – Principais estatísticas descritivas para os escores dos domínios do Whoqol-bref.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, procurou-se ampliar os conhecimentos sobre as dores músculo esqueléticos na equipe de técnicos de enfermagem, apontando um grupo predominantemente feminino (89,5%). Já de muitas décadas, o setor saúde é historicamente feminino, a enfermagem por tradição e cultura, sempre contribuiu para essa feminilização da saúde. (PEREIRA et al., 2018). Os dados da pesquisa confirmam essa assertiva, esta prevalência se confirma por outros estudos (SCHMIDT et al., 2013; MAGNAGO et al., 2010; SCHMIDT et al., 2016) verificaram em suas pesquisas

a maior taxa de adesão de profissionais do sexo feminino no setor de enfermagem em hospitais.

De acordo com instrumento aplicado no nosso estudo, a Escala Visual Numérica Multidimensional EMADOR, que classifica a intensidade da dor de 0 a 10, observa-se que 15,4% dos participantes obtiveram uma dor relatada como 7, 14% que não sentem nenhuma dor, e 13,3% apresentam dor 4, conforme Martinez e colaboradores (2011) a dor é considerada uma experiência pessoal sendo influenciada por situações afetivas e emocionais, a dor quando não tratada pode vir a afetar o bem-estar do indivíduo, evoluindo para um estado de dor crônica. No nosso estudo verificou-se a prevalência de dor crônica (56,6%), o que denota um sério problema de saúde na população estudada, pois estudos vêm demonstrados que a dor afeta a produtividade do trabalho e a vida social. (EDWARDS et al., 2011). Nos técnicos de enfermagem, a dor crônica pode acontecer devido ao desinteresse com a própria saúde coligada à justificação de falta de tempo, dificuldade para conseguir consultas e tratamentos médicos que levam os profissionais de enfermagem a se habituarem aos sintomas musculoesqueléticos, fazendo com que estes não busquem o diagnóstico e tratamento correto. (OLIVEIRA et al., 2015), ou também, faz com que os trabalhadores escondam os sintomas, tanto dos profissionais de saúde como do superior, por medo de perderam seus empregos. (PEREIRA et al., 2018).

Como o passar do tempo e o avançar cronológico do trabalhador, torna-se frequente o aparecimento de doenças musculares relacionadas ao seu ambiente laboral, como nos mostra os gráficos e tabelas apresentados no estudo, segundo os questionários aplicados sobre dor osteomuscular nos 143 técnicos de enfermagem, é possível verificar que mais da metade dos profissionais tiveram alguma dor osteomuscular em uma ou mais regiões do corpo no último ano. Isso pode ocorrer devido à realização de atividades como transferência dos pacientes, mover camas, ajudar pacientes a tomar banho, posturas inadequadas ao carregar objetos pesados, repetitividade de movimentos e uso da força excessiva (SOUZA et al., 2015) .Essa alta prevalência é corroborada por um estudo realizado com estudantes de enfermagem de uma universidade pública do estado de São Paulo, em que todos os participantes da pesquisa relataram ter tido pelo menos um sintoma musculoesquelético nos últimos 12 meses (MARTINS; FELLI, 2013).

É importante ressaltar que as lesões musculoesqueléticas ocasionadas pelo trabalho em profissionais da enfermagem não acontece apenas em âmbito hospitalar, em uma pesquisa investigou-se condições de trabalho e relações com os distúrbios osteomusculares de técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições de longa permanência de idosos, foi averiguado condições desfavoráveis do espaço físico e equipamentos, ritmo acelerado, quantidade insuficiente de trabalhadores, sobrecargas no banho e troca de fraldas, entre outros, indicando relações com os distúrbios osteomusculares no trabalho. (PORTELA et al., 2015).

Uma revisão bibliográfica, realizada com artigos publicados entre os anos 2012

e 2017 mostraram que os profissionais de enfermagem, estão dentre as classes trabalhadoras mais atingidas por doenças osteomusculares. (SANTOS et al., 2017), isso se deve ao fato desses profissionais estarem expostos diariamente a vários fatores de risco em seu ambiente de trabalho, estando submetidos a desenvolver posturas impróprias causadas pelos mobiliários em altura indevida, manipulação inadequada dos pacientes, repetição de movimentos, posturas estáticas prolongadas, jornadas laborais exaustivas, grande número de tarefas, não utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), ausência de pausas e rodízios, monotonia, falta de treinamento e capacitação. (TRINDADE et al., 2012). Diante disso, a fisioterapia vem sendo eficaz em programas de promoção e prevenção, englobando métodos para melhorar a qualidade de vida do trabalhador, promovendo o desempenho e a produtividade. (OLIVEIRA et al., 2015).

Nosso estudo teve como objetivo avaliar a presença de dores osteomusculares nos técnicos de enfermagem de um Hospital público, onde foram coletadas informações através de um questionário, os dados coletados permitiram identificar que os trabalhadores de enfermagem do nosso estudo referiram maior frequência de dor nas regiões: lombar, pescoço/cervical, membros inferiores, ombros, região dorsal, punhos/mãos/dedos, o que se assemelha com o estudo de Magnago e colaboradores, 2010, o qual verificou a prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público no interior do Rio Grande do Sul, onde houve maior frequência de dor nas regiões: lombar, pescoço, ombros e pernas, como também o estudo de De Almeida et al., 2013, que constatou que 81% dos profissionais de enfermagem sentem dores musculares em decorrência de atividades laborais; entre as estruturas corporais mais citadas estão coluna lombar, pernas, ombros e pescoço. Essa alta prevalência de dor na coluna lombar no presente estudo pode ser explicada pelo fato de que estes trabalhadores permanecem a maior parte do tempo em ortostatismo, a permanência nesta posição leva a dores musculares. (DE OLIVEIRA et al., 2015). Rodrigues et al 2013 mostra que posturas estáticas do corpo durante o trabalho exigem contrações isométricas que envolvem toda dimensão corporal, essas posturas desfavorecem o metabolismo do ácido láctico, que resultam quadros de dor, em outro estudo realizado entre trabalhadores de enfermagem, as atividades de movimentação, a manutenção de posturas estáticas e em flexão por tempo prolongado, como nos banhos de leito e o transporte de pacientes são as atividades mais associadas a este tipo de dor. Essas atividades também foram citadas por outros autores, que as complementam, dizendo que aparentemente nenhuma das técnicas atuais de transferência oferece proteção suficiente à equipe de enfermagem, e que isso pode explicar a alta prevalência de problemas dorsais entre esses trabalhadores (ANUNCIAÇÃO et al., 2016) Já, a execução dos cuidados, arrastar ou empurrar camas/macetas/cadeiras de rodas com pacientes está mais associada a queixas de dor nos ombros e região cervical. (MAGNAGO et al., 2010).

Conforme observamos, no presente estudo os técnicos de enfermagem relataram que suas queixas de dores são maiores nos horários noturnos, isso pode ser explicado pelo fato de que no Brasil, os profissionais de enfermagem têm reconhecidamente longas jornadas de trabalho, com plantões de 12 horas seguidos por 36 horas de descanso que permitem que esses profissionais se dediquem a mais de uma atividade produtiva. (SILVA et al., 2011). Nesse grupo profissional, as longas jornadas podem levar à exaustão e fadiga, podendo afetar a proteção aos pacientes, além disso, em função da predominância feminina, a jornada de trabalho profissional se acrescenta ao trabalho doméstico. (PEREIRA et al., 2018). A associação do trabalho noturno com longa jornada de trabalho profissional possivelmente ocorre porque a maioria desses trabalhadores trabalha em pelo menos mais um emprego diurno ou noturno na área de enfermagem. Como observado por Freire et al 2016 o trabalhador submetido a cargas físicas e psíquicas pode ter sua saúde e qualidade de vida afetadas. Entre as explicações referentes à dor no período noturno está a redução do tempo de sono. O tempo que seria destinado a dormir geralmente não é destinado ao repouso, mas sim a outras atividades, sejam domésticas, sejam profissionais, nem sempre possibilitando que o trabalhador considere suas necessidades de lazer e descanso. (SILVA et al 2011).

Não se pode esquecer que 86% dos trabalhadores apresentaram sintoma em alguma região do corpo, o que pode ter associação entre carga horária prolongada com a queixa de dor. Em um estudo realizado com profissionais da enfermagem foi verificado a satisfação com seu salário, do total de cinquenta e dois respondentes, 84,6% estão insatisfeitos com o seu salário atual na instituição, as justificativas foram: salário não atende às necessidades pessoais e profissionais o que não se adequa à atual realidade capitalista e, além do mais, consideram este valor incompatível para as atribuições, carga horária e para um profissional com nível superior, tendo que trabalhar em mais de um emprego. (AZEVEDO et al., 2016).

A qualidade de vida geral no presente estudo evidenciou que a qualidade de vida dos técnicos de enfermagem mostrou-se relativamente baixa em todos os domínios (psíquico, social, ambiente, físico), através do Whoqol-Bref considerando os valores mínimo e máximo entre 0-100 respectivamente, no nosso estudo o domínio Físico apresentou a menor pontuação (55,2), esses resultados apontam um desgaste físico, característico do ofício da enfermagem como relata Maciel et al (2014). Este domínio abrange os aspectos de dor e desconforto, energia, fadiga, sono e repouso, estudos corroboram que o adoecimento físico e psíquico dos indivíduos devido à sobrecarga relacionada às condições inadequadas do ambiente e organização do trabalho é um aspecto comum, vivido diariamente pelos profissionais de enfermagem. (FERNANDES et al., 2010). Como já visto o excesso de trabalho, múltiplos empregos, altas jornadas de trabalho, desgasta o profissional, originando cansaço e dores, o que torna os trabalhadores fisicamente mais desgastados. (COSTA; FREIRE 2016). Neste estudo o domínio relações sociais obteve o melhor escore na percepção da QV dos técnicos

de enfermagem, constituído por questões de nível de satisfação com as pessoas do círculo social, o apoio que recebe e a satisfação com a atividade sexual. (RIOS et al., 2010), conferindo que esses profissionais possuem relações interpessoais satisfatórias. O domínio que se refere à dimensão psicológica (65,8), segundo a literatura, o seu baixo escore pode ser atribuído devido às pressões constantes para tomada de decisões rápidas na rotina de trabalho, falta de descanso entre um plantão e outro e situações em que lidam com o sofrimento alheio e com a morte, longas jornadas de trabalho, produção acelerada, pressão repressora e autoritária, ansiedade, irritabilidade. (GARCIA et al, 2012)

O baixo escore do domínio meio ambiente deve-se, ao fato de o serviço de saúde não dispor de uma estrutura moderna e qualificada que ofereça a seus colaboradores benefícios como: plano de saúde, serviço de transporte, creches, segurança física, estabilidade profissional, acúmulo de vínculos empregatícios, o trabalho nos fins de semana, feriados e período noturno. Isso já foi descrito por Nunes et al(2015), onde o domínio ambiental também obteve-se baixo escore.

Em uma pesquisa em um hospital privado foi avaliada a qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem por meio do WHOQOL-bref, notou-se que a presença de problemas de saúde levou a maior índice de depressão e menor escore de QV no aspecto geral e psicológico e se correlacionaram à atividade laboral. (RIOS et al., 2010). Ao correlacionar a influência da satisfação no trabalho para a qualidade de vida, Renner et al 2014, em seu estudo com técnicos de enfermagem no hospital de Vale do Sinos (RS), indicaram que, quanto ao ambiente físico, assim quanto aos relacionamentos interpessoais, os técnicos de enfermagem estão satisfeitos, os mais altos índices de insatisfação estão relacionados à baixa remuneração, o que acaba repercutindo na necessidade de mais de um emprego, implicando sobrecarga física e emocional e, em consequência, interferência negativa na qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa contribuíram para ampliar a presença de dores osteomusculares relacionadas às atividades laborais exercidas. A dor lombar foi à região de dor mais citada pelos participantes, o que pode acarretar a diversas patologias, além disso, foi constatada a prevalência de dor crônica, o que demonstra um sério problema de saúde na população estudada, pois conforme vimos à dor afeta a produtividade do trabalho, o bem-estar e a vida social. Neste contexto demonstramos a importância da fisioterapia nestes locais de trabalho, tanto em programas de promoção como de prevenção, diminuindo lesões musculoesqueléticas e consequentemente melhorando a qualidade de vida desses profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M.C et al. Musculoskeletal disorders and the care work of elderly in institutions. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 1, p. 63-72, 2010.
- ANUNCIAÇÃO, C.G.M. et al. Sinais e sintomas osteomusculares relacionadas ao trabalho em profissionais de enfermagem. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 2, p. 31-40, 2016.
- AZEVEDO, B. D. S.; et al. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017.
- DE ALMEIDA, D.R. et al. Conhecendo os principais sintomas da doença osteomuscular (LER-DORT) que acometem profissionais de enfermagem de uma clínica do Hospital Regional de Cáceres doutor Antônio Fontes, Mato Grosso, Brasil. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 2607-2631, 2014.
- DELIBERATO, P.C.P. Fisioterapia Preventiva. São Paulo: Manole, 2002.
- EDWARDS, NL et al. Perda de produtividade no trabalho devido a surtos em pacientes com gota crônica refratária à terapia convencional. **Jornal de economia médica**, v. 14, n. 1, p. 10-15, 2011.
- FREIRE, M. N.; COSTA, E.R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016.
- GARCIA, V. M. D. et al. Análise do perfil do paciente portador de doença osteomuscular relacionada ao trabalho(DORT) e usuário do serviço de saúde do trabalhador do SUS em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p.273-278, 2012.
- MACIEL, M. E. et al.. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, 2014.
- MAGNAGO, T. S. B. de Souza et al. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.23, n.2, p:187-93. 2010.
- MARTINS, A. C.; FELLI, V. E. A. Sintomas musculoesqueléticos em graduandos de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 58–62, 2013.
- MARTINEZ, J. E. et al. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol**, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.
- NUNES MARQUES, A.L. et al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 5, 2015.
- OLIVEIRA, M. M. de et al. Problema crônico de coluna e diagnóstico de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) autorreferidos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 287-296, 2015.
- PEREIRA, G.C.A et al. Ocorrência dos Sinais e Sintomas de DORT na Equipe de Enfermagem. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 5-13, 2018..
- PORTELA, N.L.C. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e sua associação com condições de trabalho da enfermagem/Distúrbios osteomusculares.. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 4, p. 82-87, 2015.
- RENNER, J.S et al. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 440-

RIOS, K.A. et al. Avaliação de qualidade de vida e depressão de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 413-420, 2010.

SANTOS, A. P. Evidências de distúrbios osteomusculares relacionado ao trabalho (DORT) EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. v. 9, n. 1, p. 122-127,2017.

SCHMIDT, R; et al. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 701-707, 2016.

SCHMIDT, R. C. et all. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. 1, 2013.

SILVA, E.E.C.M. et al. Avaliação ergonômica do posto de urgência em uma unidade mista de saúde na cidade de Natal/Rio Grande do Norte. **J. res.: fundam. care. online**. 5, n. 3, p. 227-34, jul./set. 2011.

SOUZA, B. V. N. et al. Lesões por esforço repetitivo em profissionais de enfermagem: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 3, p. 59, 2016.

TRINDADE, L.L. et al. Trabalhadores da indústria têxtil: o labor e suas dores osteomusculares. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 2, p. 377-87, 2013.

## USO DE PRESERVATIVO POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS E A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

**Thelma Spindola**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – RJ

**Agatha Soares de Barros de Araújo**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – RJ

**Claudia Silvia Rocha Oliveira**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – RJ

**Debora Fernanda Sousa Marinho**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – RJ

**Raquel Ramos Woodtli**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – RJ

**Thayná Trindade Faria**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro – RJ

coletados pela aplicação de um questionário a 120 universitárias, e analisados com emprego da estatística descritiva, respeitando-se os procedimentos éticos. **Resultados:** No grupo 83 (69,17%) estudantes tinham idades entre 18 e 21 anos; 59 (49,17%) eram solteiras; 107 (89,17%) se declararam heterossexuais, 04 (3,33%) homossexuais; 102 (85%) tinham vida sexual ativa e 79 (65,83%) faziam uso de bebidas alcoólicas. O primeiro intercurso sexual ocorreu na faixa etária de 15 a 18 anos, 81 (79,41%) e 72 (70,59%) utilizaram preservativo, contudo 67(65,69%) informaram que não utilizam preservativos em todas as relações sexuais. As estudantes que informaram parcerias fixas (90), somente 37 (41,11%) usam preservativos. Entre as que informaram parcerias casuais (39) 25(64,10%) utilizam. Em relação à negociação do uso de preservativos 46 (45,10%) informaram não negociar com as parcerias. Sobre a possibilidade de adquirir IST, 58 (48,33%) acreditam ser pouco possível. **Conclusão:** Os achados evidenciam que existe maior adesão no uso de preservativos por jovens que mantêm relacionamentos casuais em comparação àquelas com relacionamentos fixos. A assunção de um comportamento sexual de risco favorece a vulnerabilidade aos agravos de saúde, como as infecções sexualmente transmissíveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sexualidade; Doenças

**RESUMO:** **Introdução:** As infecções sexualmente transmissíveis (IST) atingem a população a nível mundial. Os jovens são considerados um grupo vulnerável em decorrência do comportamento sexual. **Objetivos:** Identificar as práticas de prevenção de IST adotadas por estudantes universitárias. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado numa universidade privada, no Rio de Janeiro, em 2016. Os dados foram

## CONDOM USE BY UNIVERSITY STUDENTS AND THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

**ABSTRACT:** **Introduction:** Sexually Transmitted Infections (STI) affect the world population. Young people are considered a vulnerable group as a result of sexual behavior. **Objectives:** To identify the prevention practices of STIS adopted by university students. **Method:** Cross-sectional, quantitative study conducted at a private university, in Rio de Janeiro, in 2016. Data were collected by applying a questionnaire to 120 university students, analyzed using descriptive statistics, respecting ethical procedures. **Results:** In group 83 (69.17%) students are between 18 and 21 years old; 59 (49.17%) are single; 107 (89.17%) declared themselves heterosexual, 04 (3.33%) homosexual and 102 (85%) had an active sex life and 79 (65.83%) made use of alcohol. The first sexual intercourse occurred in the age group from 15 to 18 years, 81 (79.41%) and 72 (70.59%) used condoms, but 67(65.69%) have reported that they do not use condoms in all sexual intercourse. Students who informed fixed partnerships (90), only 37 (41.11%) use condoms. Among those who informed casual partnerships (39) 25 (64.10%) use it. Regarding the negotiation of condom use 46 (45.10%) informed not to negotiate with partnerships. About the possibility of acquiring IST, 58 (48.33%) believe it is not possible. **Conclusion:** The findings show that there is greater adherence in condoms use among young people with casual relationships compared to those with fixed relationships. The assumption of risky sexual behavior favors vulnerability to health problems, such as sexually transmitted infections.

**KEYWORDS:** Sexuality; Sexually Transmitted Diseases; Young Adult; Unprotected sex; Condoms

### 1 | INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) atingem a população a nível mundial, estando comumente entre os principais problemas de saúde pública. Estima-se que a cada ano muitos jovens se tornam sexualmente ativos, no Brasil. A idade da primeira relação sexual varia entre 12-16 anos para as mulheres e entre 15-17 anos entre os jovens do sexo masculino (BRASIL, 2010). Estudos indicam que a precocidade da relação sexual está associada ao sexo desprotegido e ao maior número de parcerias sexuais ao longo da vida (BERQUÓ; GARCIA; LIMA, 2012; HUGO et al., 2011).

Os jovens são considerados um grupo vulnerável às IST, decorrente dos comportamentos sexuais de risco, como o início precoce das atividades sexuais, a multiplicidade de parceiros, a descontinuidade no uso de preservativos e a ingestão de bebidas alcoólicas, que favorecem a uma maior exposição a esses agravos (CORDEIRO et al., 2017).

O ingresso na universidade é uma vivência que costuma ocasionar alterações comportamentais nos jovens, momento em que adquirem maior autonomia e liberdade. Assim, pode ocorrer uma aproximação ao uso de álcool e/ou drogas, o que propicia a prática do sexo desprotegido e a exposição às infecções sexualmente transmissíveis. No ambiente universitário, embora muitos alunos tenham conhecimento satisfatório sobre a transmissão das IST, muitos não utilizam preservativos em todos os intercursos sexuais, ratificando que o fato de conhecer as doenças, não necessariamente, está associado a uma prática sexual sem risco (SALES et al., 2016).

Sabe-se que as mulheres têm conquistado o direito de exercer sua sexualidade com autonomia, sem estar atrelada a uma união, como o casamento, ou a reprodução. Nos tempos atuais, ainda, existem normas sociais que dissociam o comportamento sexual conforme o gênero, ou seja, existem comportamentos diferenciados para homens e mulheres. No que concerne ao uso de preservativos, em muitas situações, a mulher por estabelecer uma relação de confiança com o parceiro deixa de usar preservativos, ou tem dificuldade para negociar o seu uso decorrente de estereótipos de gênero, que podem afetar diretamente no cuidado com a saúde (PEREIRA et al., 2014; GOES, COUTO e NASCIMENTO, 2019).

Nesse contexto, delimitou-se como problema para esta investigação: As jovens universitárias, em suas práticas sexuais, adotam o uso de preservativos para se prevenir das Infecções Sexualmente Transmissíveis?

Para dar conta da questão problema definiram-se como objetivos: Identificar as características sociodemográficas, as práticas sexuais e o uso de preservativos por estudantes universitárias; Analisar as práticas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis adotadas pelas universitárias.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, realizado em uma instituição de ensino superior privada do município do Rio de Janeiro, em 2016.

Os participantes do estudo foram estudantes de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 29 anos e com matrícula ativa nos cursos ofertados pelo Campus universitário. Esse recorte etário se justifica considerando o Estatuto da Juventude Brasileira que determina como jovem àqueles compreendidos na faixa etária entre 15-29 anos. O tamanho da amostra foi determinado por um processo de amostragem estratificada uniforme por sexo, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5% pontos percentuais (p.p.). Neste processo obteve-se uma amostra de 240 estudantes universitários, sendo 120 do sexo masculino e 120 do feminino.

A partir do interesse das autoras em avaliar as práticas sexuais e o uso de preservativos por estudantes do sexo feminino, para compor a amostra deste estudo

foram selecionadas somente as jovens universitárias, totalizando 120 participantes.

Os dados foram coletados pela aplicação de um questionário estruturado com 60 questões. Para este estudo foram selecionadas 17 variáveis do instrumento de coleta de dados que abordavam os aspectos sociais (idade, estado conjugal/marital, orientação sexual), práticas sexuais (idade da primeira relação sexual, uso do preservativo na primeira relação sexual, uso do preservativo em todas as relações sexuais, uso do preservativo com parceiro(a) fixo(a) ou estável, uso do preservativo com parceiros(as) eventuais, negociação do preservativo com o parceiro e uso de álcool ou outras drogas antes da última relação sexual), conhecimento sobre as IST e possibilidade de contrair IST.

A coleta de dados ocorreu em junho e julho de 2016, no campus da universidade sede da pesquisa. Os questionários foram transcritos para uma planilha, utilizando recursos do software Excel 2003, formando um banco de dados. Os dados foram analisados com emprego da estatística descritiva e inferencial com auxílio do software Excel 2003.

Todos os procedimentos éticos envolvendo pesquisa com seres humanos foram respeitados. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede com CAAE 56763316.1.0000.5291.

## 3 | RESULTADOS

### 3.1 Análise descritiva das condições sociodemográficas das participantes

Participaram do estudo 120 estudantes, do sexo feminino, sendo 83 (69,17%) na faixa etária entre 18 e 21 anos, 29 (24,17%) de 22 a 25 anos, e 8 (6,67%) de 26 a 29 anos, sendo a média de idade de 21 anos. Em relação à situação conjugal, 59(49,17%) eram solteiras, ou seja, sem companheiro ou relacionamentos, 51 (42,50%) tinham companheiro fixo e 10 (8,33%) eram casadas. Entre as participantes 107 (89,17%) se declararam heterossexuais e 8 (6,67%) bissexuais, 4 (4,16%) homossexuais.

### 3.2 Análise descritiva das práticas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis adotadas pelas participantes

Entre as participantes, 102 (85%) eram sexualmente ativas, destas 87 (72,50%) tiveram seu primeiro intercurso sexual na faixa etária entre 11 e 18 anos e 72 (70,59%) utilizaram preservativos. No que tange ao uso do preservativo em todas as relações sexuais, 67(65,69%) não fazem uso e apenas 25(24,51%) informaram negociar o uso do preservativo com a parceria sexual, os dados relacionados às práticas sexuais e uso do preservativo pelas estudantes estão apresentados na **tabela 1**.

Práticas sexuais e uso do preservativo	f	%
<b>Participantes sexualmente ativas</b>		
Sim	102	85,00
Não	18	15,00
<b>Idade da primeira relação sexual</b>		
Entre 11 e 18 anos	87	72,50
Entre 19 e 26 anos	13	10,83
Não informado	2	1,67
<b>Uso do preservativo na primeira relação sexual</b>		
Sim	72	70,59
Não	29	28,43
Não informado	1	0,98
<b>Uso do preservativo em todas as relações sexuais</b>		
Não	67	65,69
Sim	34	33,33
Não informado	1	0,98
<b>Negociam o uso do preservativo com o parceiro</b>		
Não	46	45,1
Em parte	30	29,41
Sim	25	25
Não informado	1	0,98

Tabela 1 - Práticas sexuais, uso e negociação do preservativo por estudantes universitárias. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019. (n=102)

Fonte: As autoras, 2019.

Em relação ao uso do preservativo segundo o tipo de parceria, 90 participantes que afirmaram ter tido relações sexuais com parceiros fixos no último ano, 37 (41,11%) informaram o uso de preservativos. Entre as estudantes que afirmaram ter tido relações com parceiros casuais (39), 25 (64,10%) usaram preservativos. A **tabela 2**, apresenta os resultados relativos ao uso do preservativo conforme o tipo de parceria.

Práticas sexuais e uso do preservativo	f	%
<b>Tiveram relações sexuais no último ano (n=102)</b>		
Sim	96	94,12
Não	6	5,88
<b>Relações com parceiros fixos no último ano (n=96)</b>		
Sim	90	93,75
Não	6	6,25
<b>Uso do preservativo com parceiros fixos (n=90)</b>		
Não	51	56,67

Sim	37	41,11
Não informado	2	2,22
<b>Relações com parceiros eventuais (n=96)</b>		
Não	55	57,29
Sim	39	40,63
Não informado	2	2,08
<b>Uso do preservativo com parceiros eventuais (n=39)</b>		
Sim	25	64,10
Não	13	33,33
Não informado	1	2,56

Tabela 2 - Práticas sexuais e uso de preservativos segundo o tipo de parceria das universitárias.  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Fonte: As autoras, 2019.

O consumo de álcool pelas estudantes foi avaliado verificando-se que 79 (65,83%) participantes informaram fazer o uso dessa substância, enquanto 41 (34,17%) não utilizam. Entre as jovens sexualmente ativas, essa substância foi utilizada por 27 (26,73%) antes da última relação sexual, mas 75 (73,27%) informaram que não fizeram uso.

As estudantes foram indagadas acerca do conhecimento sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis, 90 (75%) afirmaram não possuir conhecimento suficiente e 30 (25%) informaram que possuem conhecimento suficiente sobre as IST. No grupo, 84 (70%) afirmaram ser pouco possível ou impossível contrair uma IST, 19 (15,83%) afirmaram não ser possível nem impossível enquanto, 13 (10,83%) afirmaram ser muito possível ou possível contrair uma IST.

## 4 | DISCUSSÃO

O crescente aumento da incidência das infecções sexualmente transmissíveis na população jovem fomenta a realização de estudos, em diferentes cenários, com este contingente populacional. No ambiente universitário, pesquisas apontam que a carência de conhecimento sobre as IST e assunção de comportamentos de risco ameaçam a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes (BORGES et al., 2015, DANTAS et al., 2015; FERREIRA; SILVA; CARNEIRO, 2015; BERTOLI; SHEIDMANTEL; DE-CARVALHO, 2016; PRADO, 2016).

O ambiente universitário é composto majoritariamente por jovens, sendo marcado por rupturas que podem favorecer a reformulação e o entendimento sobre crenças, ideologias, conceitos e hábitos. Esse contexto impacta sobre o amadurecimento psicossocial do jovem, e consiste em um universo para crescimento interpessoal e autoconhecimento. A sexualidade, muitas vezes, é mais explorada nesse cenário,

pois os novos contatos, a autonomia e as redes de relacionamentos propiciam novas interpretações sobre o assunto (RESSURREIÇÃO; SAMPAIO, 2017).

A população universitária é composta majoritariamente por jovens, sendo um grupo que está se expondo a novas realidades de vida. Para poder cursar a faculdade, muitas vezes, os jovens saem de casa para morar em um novo ambiente. Com o distanciamento dos pais e a preocupação constante de se introduzir em um grupo, muitos jovens passam a tomar atitudes que antes não tomavam, como o consumo de álcool e drogas (WINDLE, 2016; SIQUEIRA et al., 2017; DALLO; MARTINS, 2018; MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Neste estudo, a maioria das participantes eram solteiras, com idade entre 18 e 21 anos e heterossexuais. No que tange aos aspectos sociodemográficos, outras investigações apresentam resultados semelhantes aos achados desta pesquisa (SPINDOLA et al., 2019; BERTOLI; SHEIDMANTEL; DE-CARVALHO, 2016; DANTAS et al., 2015).

Historicamente, o acesso da mulher à universidade é restrito. No Brasil, essa permissão só foi concedida por D. Pedro II, imperador do Brasil, em 1879. Apesar das formadas, entretanto, não poderiam exercer a profissão. Ainda assim, com várias barreiras a romper, as mulheres continuaram a lutar por mais inclusão e igualdade. Atualmente, o público feminino tem aumentado, gradativamente, nas universidades. Avaliando as áreas de conhecimento escolhidas pelos públicos masculino e feminino, nota-se que o sexo masculino tem preferência pelas ciências exatas e engenharia, e o feminino pelos cursos da área de humanas e saúde (FARIA; FERREIRA; FERREIRA, 2015).

Na universidade é comum acontecerem festas e reuniões de estudantes denominadas “choppadas”. Para se socializar o jovem precisa beber com os amigos, o que faz com que ocorra um elevado consumo de álcool entre jovens universitários. O álcool possui um efeito desinibidor e a pessoa que o consome passa a realizar coisas que não faria sóbrio, como o sexo desprotegido, com múltiplos parceiros e em grupo. Nas mulheres, o álcool possui uma metabolização mais lenta, e favorece para aumentar os riscos para a saúde (REIS; MELO; GIR, 2016; SILVA; TUCCI, 2016; WINDLE, 2016; PELICOLI et al., 2017; DALLO; ARAGÃO, 2018).

Os dados evidenciam que 65,83% das jovens utilizavam bebidas alcoólicas. Essa prática associada ao uso de drogas ilícitas, contribui para a assunção de comportamentos de risco como não usar preservativos nas relações sexuais. Nesse contexto, as jovens que não ingerem bebidas alcoólicas têm até três vezes mais chances de não adesão ao preservativo e, cooperam para o aumento da transmissibilidade das IST. Pesquisa realizada com 291 estudantes de enfermagem, na Espanha, identificou alta prevalência do consumo de álcool tendo forte relação com a não utilização de medidas de proteção quando associado às práticas sexuais (GIL-GARCIA; MARTINI; PORCEL-GALVEZ, 2013; REIS; MELO; GIR, 2016; DALLO; ARAGÃO, 2018; NOGUEIRA et al., 2018).

A sexualidade não é organizada somente na prática sexual mas, também, pelo prazer, carinho, sentimento mútuo de estima, toques, intimidade e admiração. Na juventude, período marcado pela insegurança, muitos jovens tendem a usar o álcool como um método para inibir a timidez, aumentar a coragem e o prazer. A bebida, contudo, interfere na redução da sensibilidade física que, por sua vez, minimiza o prazer na relação sexual, e cria possibilidades para a ocorrência de violências sexuais, gravidezes não planejadas, pretexto para ações insensatas e aumento significativo da ausência do preservativo nas relações sexuais. O consumo da bebida, também, oportuniza para que tenham um maior número de parceiros sexuais (REIS, MELO, GIR, 2016; DALLO, ARAGÃO, 2018).

No conjunto amostral foi possível identificar que houve uma maior utilização do preservativo na primeira relação sexual, no entanto, a maioria das participantes não o utilizam em todas as relações sexuais. Estudos vêm apontando esse comportamento nas práticas sexuais da população jovem. A idade precoce da iniciação sexual pode favorecer comportamentos que geram riscos para a saúde, como a exposição às infecções sexualmente transmissíveis (GENZ et al., 2017; SPINDOLA et al., 2019; MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018; FONTE et al., 2018; DANTAS et al., 2015). Tendo em vista a escolaridade das participantes, chama a atenção a baixa prevalência para o uso do dispositivo de proteção. É possível, então, inferir que outras questões podem estar associadas a adoção ou não do preservativo, como o conhecimento sobre as IST, o uso de substâncias psicoativas e adoção ou não de comportamentos protetivos pelas universitárias (SPINDOLA et al., 2019; DALLO; MARTINS, 2018).

Estudos demonstram que as mulheres costumam ter a iniciação sexual mais tarde que os homens e a quantidade de parcerias sexuais referidas pelo sexo masculino é maior. Questões sociais e culturais referentes ao gênero podem ser identificadas no que concerne a estimulação precoce da relação sexual (GONÇALVES et al., 2015; SASAKI et al., 2014). Culturalmente, o sexo é apresentado desde cedo como natural para os meninos, e incorreto/não adequado para as meninas. É possível que estes fatores contribuam para a iniciação sexual mais precoce no grupo masculino (SILVA et al., 2015).

Estudo verificou que a adoção de preservativos entre universitários sofre influência do tipo de relação estabelecida entre os parceiros, ou seja, estudantes em relacionamentos casuais tendem a usar mais preservativos. Os preservativos são substituídos pela pílula anticoncepcional quando o relacionamento se torna mais estável, com preocupação com a prevenção da gravidez. O segundo método mais utilizado pelos estudantes é o contraceptivo hormonal, já o preservativo é o primeiro. Existe associação entre gênero e o uso do preservativo, e a menor proporção de relações sexuais protegidas têm sido demonstrados no sexo feminino (MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Diferentes tipos de relacionamentos podem influenciar a adoção (ou não) do preservativo nas relações sexuais. Estudantes envolvidas em relacionamentos estáveis

como casamento, namoro ou companheiro fixo tendem a usar menos o preservativo com seus parceiros em relação às que são solteiras e possuem relacionamentos casuais (SPINDOLA et al., 2019, BERTOLI; SHEIDMANTEL; DE-CARVALHO, 2016, DANTAS et al., 2015).

Mulheres jovens com idades entre 15 e 24 anos são, frequentemente, infectadas pelo HIV. Na África Subsaariana, três em cada quatro novas infecções ocorre em pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 19 anos. Sabe-se que as mulheres com idades entre 15 e 24 anos têm duas vezes mais chances de viver com o HIV, que os homens. Em todo o mundo, mais de um terço (35%) das mulheres sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas. As mulheres que sofrem violência são mais propensas a se infectar pelo HIV (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2018).

Mulheres casadas costumam referir menor uso de preservativos devido à confiança no parceiro. Mesmo que imaginem os parceiros em outros relacionamentos, negociar o uso de preservativos é uma tarefa difícil decorrente dos papéis sociais envolvidos, como o medo de desagradar ou gerar desconfiança do parceiro (GUTIERREZ et al., 2019). A falta de diálogo limita a negociação do uso de preservativos e, favorece a exposição às infecções transmitidas por sexo. Ao contrário dos homens, as mulheres não costumam dispor de preservativos para uso no dia a dia. Esse comportamento é reflexo de questões culturais e morais, construídas socialmente, que as colocam em uma posição proativa para as práticas sexuais. Esta prerrogativa é normativa do gênero masculino, e as mulheres são colocadas em uma posição de passividade e domínio (FRANCISCO et al., 2016).

As Infecções Sexualmente Transmissíveis, como o próprio nome sugere, são transmitidas principalmente através de relações sexuais desprotegidas. Conhecer os modos de transmissão e prevenção dessas infecções constituem grande importância para evitar a sua propagação. No entanto, foi observado neste estudo que a maior parte das estudantes admitem não possuir conhecimentos suficientes acerca das IST. E ainda assim, consideram como pouco possível ou impossível serem infectadas. Estudos apontam que os estudantes universitários possuem lacunas no conhecimento acerca dos modos de transmissão das IST, no entanto, reconhecem o preservativo como a melhor forma de proteção (SPINDOLA et al., 2018, FONTE et al., 2018, DANTAS et al., 2015).

Sabe-se que o conhecimento, o comportamento, a atitude e as práticas das estudantes podem ou não colocá-las em situação de risco para adquirir IST. Ações voltadas à promoção da saúde das jovens universitárias utilizando estratégias planejadas e realizadas por profissionais habilitados, instrumentalizando-as para a adoção de um comportamento sexual saudável são oportunas para garantir sua autonomia na tomada de decisão.

## 5 | CONCLUSÃO

O presente estudo teve o objetivo de analisar as práticas sexuais e uso de preservativo por estudantes universitárias. Nos achados foi possível observar que as questões relacionadas ao gênero estão associadas ao uso de preservativo pelas mulheres.

O grupo investigado era constituído por jovens que iniciaram a vida sexual com idade inferior a 18 anos, fator que contribui para o uso de modo inconsistente do preservativo. Embora o preservativo tenha sido empregado, por grande parte, na primeira relação sexual informaram não usar este recurso de modo continuado em todos os intercursos sexuais.

Sabe-se que determinados fatores exercem influencia, de modo positivo ou negativo, no uso de preservativos. Neste estudo, as variáveis com maior significância estatística foram idade da primeira relação e uso de preservativo; estado marital/tipo de relacionamento e uso do preservativo. Os achados evidenciam que o preservativo é adotado com maior frequência pelas universitárias que têm relacionamentos eventuais, em comparação àquelas com relacionamentos fixos que optam por outros métodos (como os métodos contraceptivos), ou usam preservativos de modo descontinuado. Embora as estudantes universitárias tenham mais acesso a informação, assumem um comportamento sexual que favorece a vulnerabilidade aos agravos de saúde, como as infecções sexualmente transmissíveis.

As mulheres, na atualidade, têm buscado maior liberdade de escolhas para a sua vida pessoal, profissional e sexual. É oportuno que sejam orientadas sobre a importância do uso de preservativos para a prevenção de IST. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem adotar ferramentas educativas envolvendo mulheres e homens, somando esforços para sensibilizar essa população, ressaltando a importância do autocuidado e a mudança de práticas sexuais para a prevenção das IST.

## REFERÊNCIAS

- BERQUÓ E.; GARCIA S.; LIMA L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.4, p. 685-693, ago. 2012.
- BERTOLI, R.S.; SHEIDMANTEL, C.E.; DE-CARVALHO, N.S. College students and HIV infection: a study of sexual behavior and vulnerabilities. **DST - J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v.3, n. 28, p.90-95, set./out.2016.
- BORGES, M.R. et al. Comportamento sexual de ingressantes universitários. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 2505-2515, abr./jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CORDEIRO, J.K.R. et al. Adolescentes escolares acerca das DST/AIDS: quando o conhecimento não acompanha as práticas seguras. **Rev enferm UFPE [on line]**. Recife, v.11, Supl. 7, p.2888-96, jul., 2017.

DALLO, L.; MARTINS, R. A. Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.303-314, jan. 2018.

DANTAS, K. T. B. et al. Jovens universitários e o conhecimento acerca das doenças sexualmente transmissíveis – contribuição para cuidar em enfermagem. **Rev. Pesqu. Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 3020-3036, jul. 2015.

FARIA, A. H.; FERREIRA, M. S.; FERREIRA, N.V.C. Inserção das mulheres no ensino superior em Cuiabá: no curso de pedagogia. **III EHECO – Catalão-GO, Anais...** Ago. 2015. Disponível em: <https://www1.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/77a94e87b88d30d44b330015fe49c96f.pdf> Acesso em: 05 set. 2019.

FERREIRA D.M.; SILVA I.A. CARNEIRO L.S. Comparison between knowledge, behavior and risk perception about the STD/AIDS in medicine and law students from PUC-GO. **DST – J bras. Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v. 3-4, n. 27, p. 92-97, Nov./Dez. 2015.

FONTE, V.R.F et al. Conhecimento e percepção de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis entre jovens universitários. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.23, n.3, p. e5593, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55903/pdf> Acesso em: 18 set. 2019.

FRANCISCO, M.T.R. et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval – perspectiva de gênero. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 106-113, jan./mar. 2016.

GENZ, N. et al. Doenças Sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e5100015, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e5100015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e5100015.pdf) Acesso em: 04 set. 2019.

GOES, J.J; COUTO, M.L; NASCIMENTO, J.S. Comportamento sexual de universitárias da área da saúde. **Rev. Port. Saúde e Sociedade**. Maceió, v.4, n.1, p.1006 – 1017, jan./abr. 2019.

GONÇALVES, H. et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 25-41, mar. 2015.

GUTIERREZ, E.B. et al. Fatores associados ao uso do preservativo em jovens - Inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 22, s/n, 2019.

HUGO, T.D.O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p.2207-2214, nov. 2011.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Ficha informativa. **Últimas estatísticas sobre o estado da epidemia da SIDA. Estatísticas Globais 2017**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>. 2018. Acesso em: 11 jun. 2018.

MOREIRA, L. R.; DUMITH, S. C.; PALUDO, S. S. Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1255-1266, abr. 2018.

NOGUEIRA F.J.S. et al. Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.31, n.1, p 1-8, jan./mar. 2018.

PELICCIOLI, M. et al. Perfil do consumo de álcool e prática do beber pesado episódico entre universitários brasileiros da área da saúde. **J Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.66, n.3, p. 150-6, jul./

set. 2017.

PEREIRA, A.L.F. et al. Práticas de saúde sexual e contraceptivas em universitárias: um estudo descritivo. **Online braz j nurs.** v. 13, n. 1, p. 25-35, mar. 2014.

PRADO, T.C., et al. Knowledge of human papillomavirus, cervical cancer, and anti – HPV vaccine among students from a university in Goiás, Brazil. **J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro. v. 3, n. 28, p. 70-85, jul./ ago. 2016.

REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente de preservativos entre pessoas vivendo com HIV / Aids. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 1, p. 47-53, jan./fev. 2016.

RESSURREIÇÃO, S. B.; SAMPAIO, S. M. R. Transições e reconfigurações do self de jovens indígenas na experiência universitária. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 495-504, dez. 2017.

SALES, W.B. et al. Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v.IV, n. 10, p. 19-27, set. 2016.

SASAKI, R.S.A. et al. Comportamento sexual de adolescentes escolares da cidade de Goiânia, Goiás. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 172-182, 2014.

SILVA, E. C.; TUCCI, A. M. Padrão de consumo de álcool em estudantes universitários (calouros) e diferença entre os gêneros. **Temas Psicol.** Ribeirão Preto, v. 24, n.1, p. 313-323, mar. 2016.

SILVA, A.S.N. et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**. Pará, v.6, n.3, p. 27-34, set. 2015.

SIQUEIRA, L. D.; BASTOS, M. F. G.; SANTOS, A. N.; SILVA, M. P. M. Perfil de estudantes acolhidos em um serviço de saúde na universidade. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.30, n.3, p.1-8, jul./ set. 2017.

SPINDOLA, T. et al. Práticas, conhecimento e comportamento dos universitários em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rev. Pesqu. Cuid. Fundam.** v. 11, n.5, p. 1135-1141, out./ dez. 2019.

WINDLE, M. Drinking Over the lifespan: focus on early adolescents and youth. **Alcohol Res.**, Maryland, v.38, n.1, p.95-101, Jan./Mar. 2016.

## FATORES DETERMINANTES DA PRÉ-ECLÂMPSIA COM ÊNFASE EM VARIÁVEIS DO PRÉ-NATAL

**Mayna Maria de Sousa Moura**

Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina,  
Piauí, Brasil.

**Thayse Iandra Duarte Barreto**

Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina,  
Piauí, Brasil.

**Karla Joelma Bezerra Cunha**

Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina,  
Piauí, Brasil.

**Francisco Lucas de Lima Fontes**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

**Vanessa Rocha Carvalho Oliveira**

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina,  
Piauí, Brasil.

**Wesley Brandolee Bezerra Fernandes**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

**Maria da Cruz Silva Pessoa Santos**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

**Denise Sabrina Nunes da Silva**

Centro Universitário Santo Agostinho. Teresina,  
Piauí, Brasil.

**Aline Sousa da Luz**

Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina,  
Piauí, Brasil.

**Mardem Augusto Paiva Rocha Junior**

Faculdade UNINASSAU – Campus Redenção.  
Teresina, Piauí, Brasil.

**Hallyson Leno Lucas da Silva**

Faculdades Integradas de Patos. Natal, Rio  
Grande do Norte, Brasil.

**Rosa Irlania do Nascimento Pereira**

Universidade Estadual do Piauí. Teresina, Piauí,  
Brasil.

**RESUMO:** Objetivou-se com este estudo analisar os fatores determinantes da pré-eclâmpsia com ênfase em variáveis do pré-natal. Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal de abordagem quantitativa realizada com 100 prontuários de mulheres gestantes e no puerpério, internadas com diagnóstico de pré-eclâmpsia em uma maternidade de referência do estado do Piauí. Para a produção de dados, utilizou-se um questionário, sendo os resultados organizados em planilhas do programa *Microsoft Excel* e apresentadas na forma de tabelas. Para análise, foi utilizada descrição simples com inferências na literatura vigente sobre a temática. Das participantes do estudo, a maioria encontrava-se na faixa etária de 20 a 35 anos. não possuíam doenças cardiovasculares e endócrinas preexistentes, a paridade era entre 1 a 3, sem história de pré-eclâmpsia anterior, com gestação única, realizaram mais de 6 consultas no pré-natal com início no 1º trimestre, apresentando índice de massa corpórea pré-gravídica normal. Foram diagnosticadas com obesidade no 3º trimestre e apresentaram hipertensão com mais de 34 semanas e utilizaram como terapia

farmacológica no pré-natal a metildopa. A pesquisa revela vários fatores determinantes em relação à pré-eclâmpsia, mas que, por sua vez, não são suficientes para prever se a gestante irá manifestar ou não a doença, sendo necessária a adoção de medidas que permitam diagnóstico precoce, encaminhamento dos casos para uma unidade de referência e a realização de ações qualificadas multiprofissionais para evitar complicações à mãe e ao feto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Complicações na gravidez, Pré-eclâmpsia, Assistência de Enfermagem.

## PRE-ECLAMPSIA DETERMINING FACTORS WITH PRENATAL VARIABLE EMPHASIS

**ABSTRACT:** The objective of this study was to analyze the determinants of preeclampsia with emphasis on prenatal variables. This is a cross-sectional descriptive research with a quantitative approach conducted with 100 medical records of pregnant and postpartum women, hospitalized with a diagnosis of preeclampsia in a referral maternity hospital in the state of Piauí. For data production, a questionnaire was used, and the results were organized in Microsoft Excel spreadsheets and presented as tables. For analysis, a simple description with inferences in the current literature on the subject was used. Of the study participants, most were in the age group of 20 to 35 years. had no pre-existing cardiovascular and endocrine diseases, parity was between 1 and 3, with no history of previous preeclampsia, with a single pregnancy; normal pregnancy. They were diagnosed with obesity in the 3rd trimester and had hypertension older than 34 weeks and used prenatal drug therapy as methyldopa. The research reveals several determining factors in relation to preeclampsia, but which, in turn, are not sufficient to predict whether or not the pregnant woman will manifest the disease, requiring the adoption of measures that allow early diagnosis, referral of cases to a referral unit and the performance of qualified multidisciplinary actions to avoid complications to the mother and fetus.

**KEYWORDS:** Pregnancy complications, Pre-eclampsia, Nursing care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A maioria das gestações transcorre sem intercorrências, caracterizando-se como um período de higidez da mãe e do conceito. Entretanto, parte das gestantes pode apresentar complicações de elevado risco de morbidade e mortalidade materna e fetal, como a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG). Dentre as formas clínicas que esta síndrome pode apresentar, destaca-se a pré-eclâmpsia, definida pela presença de hipertensão e de proteinúria após a 20<sup>a</sup> semana de gestação, podendo ser leve ou grave (MOURA et al., 2010).

A pré-eclâmpsia é uma doença sistêmica caracterizada por intensa resposta inflamatória, lesão endotelial, agregação plaquetária, ativação do sistema de coagulação e aumento da resistência vascular generalizada. Sendo assim, todos os

órgãos podem sofrer efeitos da pré-eclâmpsia (OLIVEIRA et al., 2010).

A toxemia gravídica é mais do que uma hipertensão e se caracteriza como uma síndrome com alterações múltiplas de sistemas e órgãos. Incide em 3% a 7% das nulíparas e 0,8% a 5% das multíparas, sendo mais frequentes em gestações gemelares, em pacientes com pré-eclâmpsia anterior, pacientes com história familiar de pré-eclâmpsia, raça negra, obesidade, diabetes, hipertensão crônica, colagenose, trombofilias, idade materna menor que 15 e maior que 35 anos e baixo nível socioeconômico (FREIRES et al., 2013).

A hipertensão arterial gestacional tem sido uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo. Cerca de 10% das mulheres podem apresentar pressão arterial elevada durante a gravidez e a pré-eclâmpsia pode causar complicações em 2-8% das gestações. Em geral, 10-15% das mortes maternas diretas estão associados com pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Mais de meio milhão de mulheres em todo o mundo morrem anualmente de causas relacionadas à gravidez (FRANCO et al., 2015).

No entanto, nos países em desenvolvimento, a mortalidade por pré-eclâmpsia pode chegar a 99%, como acontece em alguns países da África. Em países desenvolvidos, a cada 100 gestantes, de duas a oito desenvolverão o evento, enquanto no Brasil pode-se chegar a 10% dos casos. Assim, devido a gravidade da doença, é considerada como importante causa de internamento em unidade de terapia intensiva e, por vezes, incluída como critério de morbidade materna grave (FRANCO et al., 2015; NORONHA NETO et al., 2010).

O impacto da pré-eclâmpsia sobre a gestação é visto como uma preocupação mundial, justamente por representar importante causa de morbimortalidade materna e perinatal. Apesar de esses números certamente serem subestimados, calcula-se que cerca de 76.000 mortes maternas e 500.000 mortes perinatais são relacionadas à pré-eclâmpsia todos os anos (OLIVEIRA et al., 2010).

A partir de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é possível afirmar que, no Brasil, cerca de três gestantes morrem por dia vítimas das complicações causadas pela pré-eclâmpsia. É comum se ouvir que a eclâmpsia representa o estágio final da doença. Mas é preciso ter em mente que "as mulheres morrem muito mais por pré-eclâmpsia do que por eclâmpsia". Essa afirmação salienta a importância do diagnóstico precoce e adequada condução dos casos de pré-eclâmpsia desde o início de sua manifestação e, até mesmo, antes da instalação de sua forma clínica - o que seria o ideal (OLIVEIRA et al., 2010).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia são nuliparidade, idade materna superior a 35 anos, multíparas com mudança de parceiros, hipertensão arterial crônica, pré-eclâmpsia prévia, história de familiares com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, gestação múltipla, síndrome antifosfolípide, gestação molar, hidropsia fetal, diabetes mellitus e polidrâmnio. Condições socioeconômicas desfavoráveis, idade materna precoce, método de barreira, raça negra e índice de

massa corporal (IMC) > 25,8 são também considerados fatores de risco para pré-eclâmpsia (FREIRES et al., 2013).

O diagnóstico da pré-eclâmpsia pode ser feito por meio da detecção da pressão arterial elevada (pressão arterial sistólica > 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica > 90 mmHg); proteinúria (> 300 mg/24 horas); contagem de plaquetas; baixa insuficiência da função hepática; sinais de problemas nos rins além da proteína na urina; líquido nos pulmões (edema pulmonar); dores de cabeça de início recente; distúrbios visuais (NORONHA NETO et al., 2010).

Como esses sinais e sintomas podem evoluir para um quadro mais grave, muitas vezes o tratamento definitivo é o parto. Dependendo de fatores como idade gestacional, gravidez, bem-estar fetal e presença ou não de complicações, a interrupção da gravidez está indicada. Entretanto, a instalação precoce da doença aumenta a chance de prematuridade com subsequente incremento da morbimortalidade perinatal. Assim, na tentativa de prevenir complicações perinatais, várias condutas têm sido propostas enquanto não é possível ou recomendável interromper a gravidez, como corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, expansão do volume plasmático, hospitalização com repouso materno, terapia anticonvulsivante com o sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo (NORONHA NETO et al., 2010).

Portanto, é de extrema importância o acompanhamento médico e de Enfermagem adequados antes, durante e após a gestação, dando ênfase à adoção de medidas protetoras e também um adequado monitoramento e rastreamento de todas as gestantes no pré-natal, com objetivo de identificar fatores de risco e assim evitar possíveis complicações (FACCA; KIRSRSTAJNC, 2012).

Diante do que foi explanado, o objetivo do presente estudo foi analisar os fatores determinantes da pré-eclâmpsia com ênfase em variáveis do pré-natal.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa desenvolvido em uma maternidade-escola de referência de Teresina, capital do Piauí, a qual possui equipe multiprofissional e horário de funcionamento 24 horas. Volta-se aos atendimentos de urgência e emergência e gestações de alto risco. Possui 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais, centro cirúrgico e centro de parto normal, tendo em média 1.200 internações por mês, das quais 900 são partos.

A amostra do estudo foi composta por 100 prontuários, por meio de censo de pacientes que tiveram pré-eclâmpsia durante a gestação e foram atendidas na maternidade em estudo. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2016. Utilizou-se a amostragem aleatória simples que incluiu todos os prontuários das gestantes que estiveram com o registro completo em relação às variáveis em questão no período em estudo. Foram utilizados como critério de exclusão gestantes e puérperas que não apresentaram pré-eclâmpsia e aquelas que

foram internadas na maternidade fora do período da pesquisa.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário detalhado e organizado em três partes com perguntas fechadas, obedecendo aos objetivos propostos na pesquisa, em que por meio dos prontuários obteve-se a possibilidade de acrescentar informações sobre o tema proposto. Após a validação do instrumento, o mesmo foi aplicado durante a coleta após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da antiga Faculdade Santo Agostinho.

Após a coleta de dados, estes foram tabulados em planilhas do programa de computador *Microsoft Excel®*, em seguida analisados e apresentados em forma de tabelas. Realizou-se uma análise exploratória que, segundo Pinheiro e Torres (2009), consiste em um conjunto de técnicas estatísticas e gráficas que permite explorar grandes massas de dados para uma primeira aproximação à realidade estudada, na procura de algum padrão ou comportamento relevante que esteja presente no conjunto de dados.

### 3 | RESULTADOS

Foram analisados 100 prontuários de gestantes e puérperas com pré-eclâmpsia admitidas na maternidade estudada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A **Tabela 1** apresenta os dados sociodemográficos das pacientes no que se refere a idade, raça, procedência, profissão, estado civil e renda familiar.

De todos os prontuários analisados, constatou-se que 64% das pacientes tinham idade entre 20 e 35 anos; a raça que predominou foi a parda, com 46%. No que se refere à procedência, 59% eram do interior do Piauí; com relação à profissão, 44% diziam ser do lar, 75% eram casadas ou tinham uma união estável e a renda familiar ficou entre 1 a 3 salários com 55%.

A **Tabela 2** mostra os fatores de risco, antecedentes pessoais, paridade e dados obstétricos das pacientes internadas. Quanto aos fatores de risco, 95% relataram que não faziam uso de álcool nem fumo; nos antecedentes familiares, a maioria tinha hipertensão arterial sistêmica em conjunto com a diabetes mellitus e pré-eclâmpsia, representando 20%; na paridade, 71% tiveram de 1 a 3 partos, sendo que 79% não tiveram pré-eclâmpsia em gestações anteriores e 100% das gestações eram únicas.

Em relação às variáveis do pré-natal, foram estudados: o número de consultas, início do pré-natal, IMC pré-gravídico, IMC no terceiro trimestre e a idade gestacional em que apresentou a hipertensão arterial. Estas informações estão dispostas na **Tabela 3**. De acordo com os resultados encontrados, 48% tiveram um número maior do que 6 consultas do pré-natal, sendo que 67% iniciaram as consultas com menos de 13 semanas. No IMC pré-gravídico, 41% estavam com classificação adequada; já no IMC do terceiro trimestre, 41% das pacientes estavam obesas, 49% apresentaram hipertensão com idade gestacional maior do que 34 semanas.

A **Tabela 4** mostra o tratamento farmacológico utilizado pelas gestantes e

parturientes que estavam internadas na maternidade. Em relação aos resultados, observou-se que 59% das pacientes com pré-eclâmpsia fizeram o uso de metildopa durante o pré-natal.

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
1 a 19	20	20
20 a 35	64	64
> 36	16	16
<b>Raça</b>		
Branca	22	22
Parda	46	46
Negra	32	32
<b>Procedência</b>		
Capital	41	41
Interior	59	59
<b>Profissão</b>		
Desempregada	22	22
Trabalhando	23	23
Do lar	44	44
Outros	11	11
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	25	25
Casada/União estável	75	75
<b>Renda Familiar</b>		
< 1 salário	43	43
1 a 3 salários	55	55
> 3 salários	2	2

Tabela 1. Dados sociodemográficos: idade, raça, procedência, profissão, estado civil e renda familiar das gestantes e parturientes com pré-eclâmpsia internadas na maternidade em estudo (n=100). Teresina, Piauí, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Variáveis	N	%
<b>Fatores de risco</b>		
Álcool	3	3
Fumante	0	0
Álcool + Fumo	2	2
Nenhum	95	95
<b>Antecedentes familiares</b>		

Hipertensão (HAS)	16	16
Diabetes Mellitus (DM)	4	4
Pré-Eclâmpsia (PE)	4	4
Gestação múltipla (GM)	4	4
HAS + DM	11	11
HAS + GM	6	6
HAS+ PE	13	13
HAS + DM + PE	20	20
HAS + DM + GM	16	16
Nenhum	6	6
<b>Paridade</b>		
1 a 3	71	71
> 3	12	12
Nenhum	17	17
<b>Pré-eclâmpsia em gestações anteriores</b>		
Sim	21	21
Não	79	79
<b>Tipo de gestação</b>		
Única	100	100
Múltipla	0	0

Tabela 2. Dados relacionados aos fatores de risco, antecedentes pessoais, paridade e dados obstétricos das pacientes com pré-eclâmpsia internadas na maternidade em estudo (n=100). Teresina, Piauí, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Variáveis	N	%
<b>Consultas do pré-natal</b>		
< 6 consultas	25	25
6 consultas	24	24
> 6 consultas	48	48
Sem registro	3	3
<b>Início do pré-natal</b>		
< 13 semanas	67	67
14 a 28 semanas	28	28
24 a 41 semanas	0	0
Sem registro	5	5
<b>IMC pré-gravídico</b>		
Baixo peso	2	2
Adequado	41	41

Sobrepeso	27	27
Obeso	19	19
Sem registro	1	1
<b>IMC terceiro trimestre</b>		
Baixo peso	0	0
Adequado	12	12
Sobrepeso	37	37
Obeso	41	41
Sem registro	10	10
<b>Idade gestacional em que apresentou hipertensão</b>		
< 20 semanas	27	27
20 a 34 semanas	24	24
> 34 semanas	49	49

Tabela 3. Dados relacionados às variáveis do pré-natal como: o número de consultas, início do pré-natal, IMC pré-gravídico, IMC no terceiro trimestre e a idade gestacional em que apresentou a hipertensão arterial das pacientes com pré-eclâmpsia internadas na maternidade em estudo (n=100). Teresina, Piauí, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

Variáveis	N	%
Metildopa	59	59
Nifedipino	3	3
Betabloqueador	1	1
Metildopa + Betabloquedor	3	3
Metildopa + Nifedipino	12	12
Nenhum	22	22

Tabela 4. Terapêutica farmacológica no pré-natal em pacientes com pré-eclâmpsia internadas na maternidade em estudo (n=100). Teresina, Piauí, Brasil, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

## 4 | DISCUSSÃO

Neste estudo foram apresentados alguns dos fatores determinantes da pré-eclâmpsia para subsidiar o conhecimento em relação ao seu provável desenvolvimento. Outras pesquisas com diferentes populações apresentaram esses mesmos fatores, sendo que alguns dos resultados encontrados foram divergentes dos obtidos na população do presente estudo.

A pré-eclâmpsia é uma complicação gestacional encontrada somente em humanas e apresenta como fatores predisponentes os extremos de idade fértil, sendo menor que 15 anos ou maior que 35 anos de idade (MORAIS et al., 2013).

Segundo Moura et al. (2010), a maior incidência de hipertensão gestacional se dá em gestantes com mais de 35 anos do que na faixa etária de 20 a 30 anos. Essa contradição pode estar relacionada ao aumento do número de gestação em idade avançada.

No presente estudo, a raça parda teve maior prevalência. Segundo Sampaio et al. (2018) ao ser avaliada a cor/raça como fator de risco para hipertensão gestacional, esta análise ocorre de forma independente, uma vez que mulheres de raça negra possuem maior chance de desenvolverem esta condição do que as de raça branca.

Uma publicação recente revela que a pré-eclâmpsia é mais comum e mais grave em mulheres de descendência africana. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que, na região Nordeste, a maioria dos moradores se disse parda, 61,9% (REZENDE; MONTENEGRO, 2015).

Com relação à procedência, um número expressivo de mulheres residia no estado do Piauí, sendo a maioria proveniente do interior. Com a implantação da Gestão Plena Municipal no Sistema Único de Saúde, a maternidade passou a ser referência na rede municipal na assistência à gestante de alto risco, mantendo a referência estadual (SESAPI, 2019).

Pelo fato de residirem fora das capitais, dificulta-se o acesso a uma assistência pré-natal de boa qualidade, ou seja, realizada por profissionais capacitados para o acolhimento dessas mulheres, com uma infraestrutura mínima de recursos materiais e de apoio diagnóstico, estando, assim, diretamente ligados ao baixo número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação. Como mostra o Ministério da Saúde, apesar do aumento na cobertura de assistência ao pré-natal, a continuidade dessas consultas ainda é pequena e de baixa qualidade (BRASIL, 2013).

Observou-se que a maioria das mulheres tinha como ocupação predominante o lar, eram casadas e possuíam renda familiar entre um e três salários mínimos. Moura et al. (2010) refere que condições socioeconômicas desfavoráveis e a baixa renda familiar têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais. Em um trabalho realizado com portadores de hipertensão, constatou a inter-relação de situações estressantes e de emoções fortes com hipertensão arterial, sendo os principais estressores as condições financeiras precárias.

De acordo com os dados relacionados aos fatores de risco, as gestantes não eram fumantes, não faziam uso de álcool e drogas ilícitas, o que evitou surgimento de maiores complicações maternas e malformações fetais e as participantes não tinham patologia de risco para desenvolvimento da pré-eclâmpsia. Nos antecedentes familiares, a maioria tinha hipertensão arterial sistêmica em conjunto com a diabetes e pré-eclâmpsia. Esta última ocorre com maior frequência em mulheres que sejam geneticamente predispostas.

No histórico de uma gestante, a atenção deve estar voltada para a ocorrência de hipertensão arterial em familiares, pois a incidência de SHEG na primeira gestação

viável está em torno de 5% na população geral, 22% nas filhas e 38% nas irmãs de mulheres que tiveram a doença (BRANDÃO et al., 2012).

Pode-se constatar que a maioria dessas mulheres teve entre uma a três gestações, incluindo a atual, com predominância do tipo de gestação única, e parte delas não teve história de pré-eclâmpsia em gestação anterior. Aguiar et al. (2010) acrescenta que a incidência da pré-eclâmpsia ocorre em cerca de 6 a 10% das gestantes primíparas, sendo de grande relevância a identificação dos sinais e sintomas e atuação da equipe de saúde visando à prevenção de complicações. De acordo com Freires et al. (2013) a pré-eclâmpsia incide em multíparas, sendo mais frequentes em gestações gemelares ou em pacientes com pré-eclâmpsia anterior.

É durante o pré-natal que a equipe de saúde tem a oportunidade de identificar fatores que podem influenciar negativamente no curso da gestação, sejam eles de ordem social ou biológica. Em relação à assistência pré-natal, observou-se que a maioria das mulheres iniciou o pré-natal precocemente; realizou acima de seis consultas no pré-natal; no primeiro trimestre encontrava-se com peso adequado e no terceiro trimestre elas apresentaram aumento de peso, sendo classificadas como obesas.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que se realizem pelo menos seis consultas durante o pré-natal. Um aumento nessa assistência contribui bastante para a melhoria nas condições da gestação, tanto para a mãe como para o recém-nascido, junto com o acompanhamento médico realizados nessas consultas, o que irá permitir a identificação de riscos e agravos à saúde da gestante, como problemas endócrino e/ou cardiovascular e repercuções destes no bebê (OMS, 2016).

O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir as vulnerabilidades às quais estão expostos a gestante e o feto ou reduzir suas possíveis consequências adversas (REBELO et al., 2014).

De acordo com Oliveira et al. (2010) a obesidade é considerada como fator de predisposição para pré-eclâmpsia, demonstrado através do IMC  $> 30$ , em que o risco relativo de se desenvolver tal patologia é de 2,1 vezes maior comparando à população saudável.

O acompanhamento nutricional da mulher no pré-natal deverá ter como objetivos estabelecer seu estado nutricional, identificar fatores de risco nutricional e introduzir intervenções terapêuticas e profiláticas voltadas à educação nutricional que sejam capazes de corrigir distorções dietéticas. Portanto, torna-se imprescindível que a orientação nutricional seja iniciada no primeiro contato com a gestante e se estenda ao longo das consultas pré-natais, de acordo com a realidade econômica individual e meio no qual vivem (REBELO et al., 2014).

Quanto a terapêutica farmacológica utilizada no pré-natal, pôde-se notar que a maioria fez o uso da metildopa. Segundo Noronha Neto et al. (2010), a melhor terapêutica para essa síndrome em diversos momentos do ciclo gravídico-

puerperal deve ser individualizada, visando sempre à redução dos altos índices de morbimortalidade materna e fetal por prevenção de complicações, particularmente durante o puerpério.

A metildopa é um agente  $\alpha$ -agonista central que diminui a resistência vascular sem diminuir o débito cardíaco. Em gestantes hipertensas, a utilização de  $\alpha$ -metildopa reduz o risco de picos hipertensivos, porém, não tem sido observada diminuição da incidência de restrição de crescimento fetal, prematuridade, cesarianas ou morte perinatal (NORONHA NETO et al., 2010).

## 5 | CONCLUSÃO

A pré-eclâmpsia possui uma grande relevância ao interferir no processo da maternidade, rompendo a naturalidade da gestação, um fenômeno fisiológico, podendo comprometer a vida da mulher e do seu bebê. Essa doença é muito estudada no meio científico, na busca de prevenir o aparecimento de fatores de risco, pois a gestante pode apresentar hipertensão por ocasião do parto, mesmo naquelas mulheres que iniciaram um pré-natal precocemente e realizaram mais de seis consultas e controle de peso adequadamente. Essas ações, muitas vezes, não conseguem impedir o aparecimento da patologia.

Este estudo revela vários fatores determinantes em relação à pré-eclâmpsia, mas que, por sua vez, não são suficientes para prever se a gestante irá manifestar ou não a doença, sendo necessária a adoção de medidas que permitam diagnóstico precoce, encaminhamento dos casos para uma unidade de referência e a realização de ações qualificadas multiprofissionais para evitar complicações à mãe e ao feto.

Acredita-se que a partir desse estudo haja a necessidade de pesquisas mais profundas em relação à fisiopatologia desses fatores preditores para que se possa conseguir não só identificar a doença nas suas formas precoces, mas identificar realmente o momento da elevação da pressão arterial durante o pré-natal.

Na assistência pré-natal, a identificação de fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da pré-eclâmpsia é fundamental, para que se possa promover vigilância mais cuidadosa no sentido de diagnosticar os primeiros sinais e sintomas da doença. Como não existem meios eficazes, a nível populacional, de prevenção da complicações, uma vez identificados esses sinais e sintomas, é fundamental que a atenção esteja voltada para impedir o agravamento da doença e assim, reduzir a morbimortalidade materna e perinatal.

A assistência de Enfermagem é indispensável na vigilância e reconhecimento das características específicas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, como também na minimização de seus agravos e complicações.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. I. F. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação. **Revista de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010.
- BRANDÃO, A. H. F. et al. Função endotelial, perfusão uterina e fluxo central em gestações complicadas por pré-eclâmpsia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 4, p. 931-935, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- FACCA, T. A. et al. Pré-eclâmpsia (indicador de doença renal crônica): da gênese aos riscos futuros. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 1, p. 87-93, 2012.
- FRANCO, G. M. et al. Using ultrasound and Doppler ultrasound asses vascular changes in pre-eclampsia and eclampsia: a systematic review. **Reprodução & Climatério**, v. 30, n. 1, p. 33-41, 2015.
- FREIRES, M. B. et al. Percepção da gestante pré eclâmptica quanto a assistência de enfermagem durante o período da hospitalização. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 1, n. 19, p. 44-53, 2013.
- MORAIS, F. M. et al. Uma revisão do perfil clínico epidemiológico e das repercussões perinatais em portadoras de síndrome hipertensiva gestacional. **Revista Eixo**, v. 2, n. 1, p. 69-82, 2013.
- MOURA, E. R. F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré eclampsia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 250-255, 2010.
- NORONHA NETO, C. et al. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 459-468, 2010.
- OLIVEIRA, L. G. et al. Pré-eclâmpsia: estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 9, p. 609-616, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Geneva: World Health Organization (WHO), 2016.
- PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. **Análise exploratória de dados**. In: MEDRONHO, A. R. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, p. 323-342, 2011.
- REBELO, F. et al. Variação da Pressão Arterial na Gestação Segundo o IMC no Início da Gravidez: Uma Coorte Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, aheadprint, p.0-0, 2014.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, A. C. N. **Obstetrícia Fundamental**. 13<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2015.
- SAMPAIO, A. F. S. et al. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 567-575, 2018.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI). **Maternidade Evangelina Rosa**. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>>. Acesso em: 09 de agosto de 2019.

## A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NO CENÁRIO DO NASCIMENTO: PERCEPÇÃO DA PARTURIENTE

### **Bruna Rodrigues de Jesus**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Nayara Ruas Cardoso**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Débora Cristina da Silva Andrade**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Diana Matos Silva**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Cristiano Leonardo de Oliveira Dias**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Luciana Barbosa Pereira**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Sibylle Emilie Vogt**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

### **Clara de Cássia Versiani**

Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros-MG

com 10 puérperas. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2017, por meio de observação e entrevista semiestruturada gravada. As falas foram organizadas e analisadas com base na análise de conteúdo de Bardin.

**Resultados:** A presença do acompanhante promove confiança e segurança no momento do parto, além de ser uma fonte de apoio e força, capaz de amenizar a dor e a sensação de solidão e gerar bem-estar emocional e físico. **Considerações finais:** O processo de nascimento é cercado de expectativas, ansiedade e medo. Nesse contexto, o presente estudo observou que o acompanhamento familiar e o apoio emocional trazem vantagens à parturiente e ao progresso do parto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Trabalho de parto e parto; Humanização da assistência; Parto Humanizado.

## THE PRESENCE OF THE COMPANION IN THE BIRTH SCENARIO: PARTURIENT'S PERCEPTION

**ABSTRACT:** The objective of this study was to know the perception of parturient about the presence of the companion during labor and immediate postpartum. **Method:** Descriptive, qualitative study, conducted in a public maternity of north of Minas Gerais, with 10 puerperas. Data collection took place between October

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção da parturiente sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto e puerpério imediato. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado em uma maternidade pública do norte de Minas Gerais,

and December 2017, through observation and recorded semi-structured interview. The speeches were organized and analyzed based on Bardin's content analysis. **Results:** The presence of the companion promotes confidence and security at the moment of delivery, as well as being a source of support and strength, able to alleviate pain and feelings of loneliness and generate emotional and physical well-being. **Conclusion:** The birth process is surrounded by expectations, anxiety and fear. In this context, the present study observed that family support and emotional support bring advantages to the parturient and the progress of childbirth.

**KEYWORDS:** Labor and delivery; Humanization of care; Humanized birth

## 1 | INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, o parto foi vivenciado como um evento feminino, acompanhado por parteiras e familiares que auxiliavam durante o trabalho de parto. Com a institucionalização do parto, que ocorreu entre os séculos XVIII e XX, esse processo deixou de ser um evento feminino, doméstico e fisiológico, passando a ser dominado pelo médico e vivido em um hospital, sob um ponto de vista patológico (LONGO et al., 2010).

Uma das perdas mais significativas ao longo dessa mudança, do espaço doméstico para o espaço institucional, foi o acompanhamento familiar. A parturiente passou a vivenciar o processo de parturição sozinha ou acompanhada por pessoas estranhas (DODOU et al., 2014). No Brasil, o modelo hospitalar desenvolveu-se sistematizando rotinas e um conjunto de intervenções entre outras condutas largamente utilizadas e naturalizadas nos serviços de atendimento à mulher (LONGO et al., 2010).

Em meados dos anos 80, iniciou-se um movimento nomeado de Humanização do Parto e Nascimento, que incorporou a possibilidade da mulher escolher a posição mais confortável para parir e também a pessoa que iria acompanhá-la, como recomendou a Organização Mundial da Saúde em 2001.

Com base nos achados das evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 1996, um guia prático para assistência ao parto normal, no qual classificou o apoio empático fornecido pelos prestadores de serviço e o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes no parto como uma prática útil e que deve ser estimulada.

Uma das iniciativas para a implementação dessa conduta no Brasil foi a instituição do Prêmio Galba de Araújo pelo Ministério da Saúde, em 1999, que reconhece os esforços dos profissionais de saúde atuantes em instituições públicas ou privadas que integram a rede Sistema Único de Saúde (SUS) para manter uma prática obstétrica mais humanizada e menos intervencionista (BRASIL, 2000).

A Campanha nacional em prol do respeito ao direito da presença do acompanhante no parto também foi lançada em 2000 pela Rede de Humanização do Nascimento

(REHUNA) com o apoio de outras instituições, como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras, e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (DINIZ, 2005).

Para fortalecer tais iniciativas, o Ministério da Saúde publicou, em 2001, fundamentado na ciência e nas recomendações da OMS, o manual *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*, no qual reconhece a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a qualidade da atenção prestada, inclusive estimulando a presença de um acompanhamento ou suporte psicossocial durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001, p. 25).

Com a sanção da Lei n. 11.108, em abril de 2005, recomenda-se que os serviços de saúde se reorganizem para incluir o acompanhante no período de trabalho de parto, parto e puerpério imediato. Essa intervenção busca garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para confortá-la e encorajá-la durante o processo de nascimento (BRASIL, 2005).

A humanização do parto, quanto à legitimidade da participação da parturiente nas decisões, está pautada no diálogo com a mulher, na inclusão do pai no parto e na presença das doulas, além da busca por melhoria na relação da instituição hospitalar e seus consumidores. Há também uma legitimidade política, entre outras, que reivindica humanização como defesa dos direitos humanos, almejando combinar direitos sociais e direitos reprodutivos e sexuais com vistas à equidade, liberdade e direito individual (DINIZ et al., 2014).

Ressalta – se ainda que a vivência do parto é considerada uma experiência única na vida do homem e da mulher. Devido a esse fator, é importante considerar o momento do parto como um acontecimento intenso para o casal. Tanto um quanto o outro podem vivenciar múltiplos sentimentos com a chegada do novo integrante da família, o que torna necessário que a equipe de saúde esteja preparada para acolher e proporcionar ao casal um momento agradável, tranquilo, contribuindo para que esta seja uma experiência positiva para ambos (PERDOMINI, BONILHA, 2011).

A pesar da presença do acompanhante no cenário do parto humanizado ser uma recomendação do Ministério da Saúde, observam-se, ainda, obstáculos quanto à sua participação, justificada pela infraestrutura inadequada dos serviços e, especialmente, pela falta de preparo da equipe de saúde para lidar com ele (OLIVEIRA et al., 2011).

É importante destacar que enfermeiro, sobretudo aquele que atua junto à mulher no processo de parturição, apresenta-se como um profissional significativo na luta contra rotinas institucionais e padronizações do cuidado. E, ao abandonar os preconceitos e fórmulas prontas, colabora para que a experiência do parto e nascimento seja positiva. Sendo assim, este profissional tem papel decisivo na luta pela inserção do parceiro da mulher no advento do parto como parte do cuidado de Enfermagem e, consequentemente, como forma de promover a humanização da

assistência (CARVALHO et al, 2015).

O movimento das mulheres pelo protagonismo na assistência ao parto e a incorporação de práticas baseadas em evidências científicas impulsionou para desenvolvimento da pesquisa com intuito de subsidiar e destacar o apoio emocional e psicológico oferecido pelos acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e puerpério.

Nesta perspectiva, os objetivos do estudo são conhecer a percepção da parturiente sobre a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto e puerpério imediato e compreender os benefícios da presença do acompanhante durante a parturição.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado na maternidade pública do Hospital Universitário Clemente de Faria, localizado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. A instituição é referência no atendimento obstétrico e neonatal da região norte do estado, realiza mensalmente cerca de 150 partos e adota princípios do cuidado humanizado no processo de parturição.

A pesquisa foi realizada com 10 puérperas da Unidade de Internação do Alojamento Conjunto. O número de participantes foi definido pela saturação teórica dos dados. A coleta foi suspensa quando os dados obtidos passaram a apresentar repetição, sem acréscimo de novas informações para alcance dos objetivos (BARDIN, 2011).

Os critérios de inclusão abrangeram primíparas e multíparas com idade acima de 18 anos, nascimento do filho por meio de parto vaginal ou cesariano no Centro Obstétrico da referida instituição, que tiveram acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério e que aceitassem participar da pesquisa. Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2017, após aprovação de projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, com parecer n. 2.266.861. As puérperas que concordaram em fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação sobre a finalidade da pesquisa. A coleta de dados concretizou-se a partir de três etapas: observação participante durante o trabalho de parto e do parto, aplicação de questionário socioeconômico e entrevista semi-estruturada.

As entrevistas foram gravadas e os depoimentos foram transcritos na íntegra. Os dados coletados foram analisados de acordo com os preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin,(2011), que apresenta três etapas: Pré-análise, Análise temática e Construção das categorias temáticas. Esse método foi selecionado para classificar os grupos de elementos a partir das similaridades, cujo agrupamento foi realizado segundo as características comuns dos elementos das entrevistas.

As análises das observações e dos depoimentos convergiram para o

estabelecimento de quatro categorias temáticas: o acompanhante como ser ativo, a experiência de ter um acompanhante, suavizando o medo da dor e da solidão e o papel do acompanhante no puerpério.

Para garantir o anonimato das participantes foram atribuídos as elas codinomes de flores, considerando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Caracterizando as participantes

A faixa etária das participantes da pesquisa foi de 19 a 39 anos, com média de 28,8 anos de idade. Quanto à situação conjugal a maioria se disse casada ou vivia com o pai do bebê, o que é um aspecto positivo. A maioria das mulheres apresentou ensino médio completo e referiu ter um emprego. A renda familiar variou entre um e três salários mínimos. Observou-se ainda que a mãe e o companheiro foram os que mais apareceram como acompanhantes.

Os resultados obtidos por meio das observações e entrevistas serão descritos em quatro categorias: o acompanhante como ser ativo, a experiência de ter um acompanhante; suavizando o medo da dor e da solidão e o papel do acompanhante no puerpério.

### 3.2 O acompanhante como ser ativo

Esta categoria foi desenvolvida a partir do conteúdo das observações e descreve as formas de interação do acompanhante com a parturiente e suas principais reações no trabalho de parto e parto. Apresenta, ainda, o envolvimento ativo dos acompanhantes durante o trabalho de parto. Observou-se o companheirismo dos acompanhantes ao oferecerem segurança, carinho de forma espontânea, sendo esses demonstrados na intimidade da sala de pré-parto e parto (PP) ou na busca por amparo dos profissionais de saúde. No que concerne ao apoio emocional, esses acompanhantes estabeleceram interação verbal com a parturiente, baseada em palavras de encorajamento. O depoimento da Margarida evidência como o seu marido conseguiu acalmá-la nos momentos de desconforto:

Sim, sempre me apoiava, me dava confiança, não me deixava desistir (...) ficou lá comigo, chamava ajuda quando eu precisava, me distraia também.

Esse suporte físico e psicológico também foi apresentado em outros relatos na literatura que indicam que esse tipo de apoio tem trazido benefícios para o progresso do parto. A assistência física proporcionada pelo companheiro por meio de ações como toque, massagem, segurando a mão, ajudando na deambulação, mudança de posição e motivando garantem que a mulher vivencie a experiência do parto de forma

tranquila e gratificante (DODOU ET AL, 2014; SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011).

Conceder apoio emocional e físico é essencial durante o trabalho de parto. Foi observado que os sujeitos dessa categoria desenvolviam essas ações de forma autônoma quando segurava as mãos das parturientes, ao acompanhá-las durante as caminhadas no corredor do bloco, ao ajudá-las nos banhos de chuveiro. Quando a equipe orientava quanto às técnicas de respiração durante as contrações, a maioria se manteve atenta e estimulavam as parturientes a respirarem repetindo as palavras ditas pelos profissionais.

Na hora das contrações ele me ajudava respirar igual a enfermeira falou, foi difícil, mas ele me ajudou (...) Na outra dela nascer ele ficou sentado atrás de mim e me abraçava, me deu muita segurança (Rosa).

Ela me deixou mais a vontade. Ela me ajudou muito ontem, porque eu tava sem passagem e ela me colocou na bola, me ajudou, ela massageou minhas costas, igual a enfermeira ensinou, então ela ajudou muito (Tulipa).

Sendo assim, fica evidente que o apoio oferecido pelo acompanhante em todos os cenários do processo de nascimento é singular e que os componentes dessa categoria assumiram o papel de guias e apoiadores da parturiente conforme descrito em outra pesquisa (MOTTA, CREPALDI, 2005).

Outros estudos demonstraram que as orientações transmitidas pela equipe, em relação aos métodos e técnicas para proporcionar conforto à parturiente, instrumentalizam e contribuem para que o acompanhante realize atividades diferentes e colaboram para o andamento do trabalho de parto (OLIVEIRA et al., 2011; PERDOMINI, BONILHA, 2011; SANTOS, et al., 2011).

### 3.3 A experiência de ter um acompanhante

A experiência de ter um acompanhante foi positiva para todas as participantes da pesquisa. Para elas, ter alguém familiar que lhes ofertasse segurança, cuidado e apoio foi fundamental. Essa categoria se baseia nas respostas a pergunta: como foi para você ter uma acompanhante? Os trechos a seguir trazem a visão das parturientes acerca da presença do acompanhante.

Foi bom. Porque é uma segurança a mais que a gente tem. A pessoa ta ali dando um apoio, é importante, também, porque quando você está com uma pessoa que você conhece a gente fica com menos medo (Orquídea).

Foi muito importante. Nossa, ajudou muito. Porque me deixou mais segura. Eu não tava lá sozinha (Crisântemo).

Sim. Ela me ajudou porque ela me tranquilizou, me incentivou. Se ela não estivesse lá eu teria ficado com muito medo (Tulipa).

Percebe-se, ainda, que o acompanhante assume um papel importante, não apenas por estar perto, mas quando é inserido no cuidado à mulher torna-se um

membro fundamental nesse rito de passagem, como apresentado nas falas a seguir:

Foi importante demais! Muito bom, porque você se sente mais segurança com a presença de um familiar, e acho que para a criança também, naquele momento ali, né, que a gente ta passando aquela dificuldade, tendo uma pessoa da família junto da gente é mais importante (Girassol).

Ele me ajudou muito. (...) Na hora do parto, lá no banheiro, ele falava: meu bem, já ta aparecendo o cabelinho do nosso filho. Isso me dava força para continuar (Dália).

A presença do acompanhante também contribui para humanização do parto e nascimento conforme destacado em vários relatos na literatura (LONGO, ANDRADE; BARBOSA, 2010; DODOU et al., 2014). Nesta categoria ele ultrapassa a simples presença física, exibindo sua participação ativa durante o processo de nascimento, corroborando com as atitudes descritas na categoria o acompanhante como ser ativo. Nesta condição, o acompanhante deixa de ser um fiscal da assistência no parto e admiti um papel de provedor de suporte à mulher (LONGO et al., 2010).

Outros estudos também evidenciaram que a presença de um acompanhante junto à parturiente durante o parto ofereceu a confiança e segurança, contribuindo para benefícios físicos e emocionais na percepção das mulheres (DODOU et al, 2014; SANTOS, TAMBELLINI et al., 2011).

O fato de o marido estar presente no nascimento, também, representou uma forma de suporte ativo associado à segurança, considerando que a sua presença seria capaz de garantir um melhor atendimento para a parceira e recém-nascido, reforçando o seu papel de protetor.

É importante porque nos deixa segura, e, pelo fato de ser nosso parceiro, é essencial ter ele do lado quando a gente está nessa situação. Porque meu parto foi cesáreo, ai a gente fica com medo do que pode acontecer. Com ele lá, dar mais confiança (Pluméria).

(...) dar muita segurança, até porque ele (acompanhante) que ver primeiro o bebê, e fala para a gente se ta tudo bem (Magnólia).

A garantia da escolha da mulher sobre seu acompanhante é vista como uma prática comprovadamente útil e que deve ser incentivada. Segundo outros estudos, ao possibilitar desse direito à mulher, há redução da necessidade de analgesia, de incidência de partos cesáreo e a depressão do recém-nascido no quinto minuto de vida. Além disso, a vivência do apoio constitui um elemento indispensável na parturição, uma vez que remete à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança (SOUZA, GUALDA, 2016; PALINSKI et al, 2013).

### 3.4 Suavizando o medo da dor e da solidão

Em todas as entrevistas foram mencionados os sentimentos de medo da dor e da solidão. Observou-se que, independente da paridade e do tipo de parto, as

mulheres revelaram o fato de estarem acompanhada tornou a experiência do parto menos estressante. Os trechos, a seguir, revelam essa percepção:

Mesmo já tendo passado por isso, tinha muito medo, porque as gestações não são iguais, os partos não são iguais, então a gente fica com medo, né!? Com uma pessoa com a gente, a gente fica mais tranquila. (...) Se estivesse só, teria sido mais difícil (Rosa).

Tinha muito medo, porque é meu primeiro bebê. Não sabia como seria (...) Como ela tava comigo eu me senti mais segura. Minha mãe me deu muito apoio, ainda mais que ela já tinha passado por isso (...) ficou um pouco mais leve (Magnólia).

**O fato de ter alguém para dividir o momento de dificuldade é visto como importante para as mulheres, uma vez que, como descrito nos depoimentos, a necessidade de compartilhar a experiência que relatam como medo da dor, com a presença do acompanhante essa sensação é amenizada.**

Tinha medo do parto normal. Todo mundo que eu conversava falava que era uma coisa de outro mundo, que era uma dor insuportável, ai, já coloca medo na gente (...) Com ela me acompanhando eu senti menos medo, porque ela me apoiava. Agora eu aconselho todo mundo a ter normal (Girassol).

Em estudo desenvolvido em Curitiba/PR mostrou que as parturientes acompanhadas por alguém familiar experimentaram o parto com um sentimento de segurança, além de estabelecerem de forma mais efetiva a comunicação com os outros, trazendo sentimento de proteção a mulher (PALINSKI et al., 2013).

Os mitos criados acerca do parto são difíceis de serem desmistificados, percebe-se que o fato de ter alguém do convívio social ajuda a romper com receios e tornar a vivência do parto mais satisfatório. De acordo com outras pesquisas, a satisfação demonstrada pelas mulheres com a presença de um acompanhante no momento do parto, revela que as mulheres se sentem mais satisfeitas e felizes com o parto quando não estão sozinhas, quando alguém de sua confiança e convívio encontra-se a seu lado. A presença do acompanhante, principalmente durante o trabalho de parto, torna o processo do nascimento mais agradável e encoraja a mulher a ter forças para passar pelo parto de uma maneira mais tranquila (DODOU et al., 2014; SOUZA, GUALDA, 2016).

### **3.5 O papel do acompanhante no puerpério**

As mulheres relataram que a presença de uma pessoa familiar lhe acompanhando despertou os sentimentos de tranquilidade e segurança no pós-parto. Os relatos abaixo apresentam essa percepção.

Eu não consigo sair de perto de neném e o acompanhante estando aqui, eu vou ao banheiro tranquila, saio e sinto segurança (Margarida).

O acompanhante ajuda, porque você fica com dificuldade, igual eu que tive normal, tive que levar ponto, fico com dor, as vezes eu preciso sair para ir ao banheiro, daí

ele fica com o bebê. Enquanto eu quero descansar um pouquinho ela olha o bebê para mim. Me deixa muito segura. Ajuda bastante (Lírio).

Para duas das puérperas o acompanhante é mais importante no pós-parto, uma vez que as limitações que algumas mulheres apresentam no puerpério imediato dificultam os cuidados consigo e com o recém-nascido.

O acompanhante é muito mais importante depois do parto. Porque lá na hora tem muita gente que te ajuda, já no pós-parto, a equipe é menor e aqui, eu to bem, eu consegui trocar minha cama, consegui tomar banho sozinha, consigo trocar neném e as pessoas que não tem ninguém, tem esperar outra pessoa para fazer isso e se ela não tem acompanhante, fica difícil, né!? (Rosa).

É importante porque nos deixa segura, e, pelo fato de ser nosso parceiro, é essencial ter ele do lado quando a gente está nessa situação. Porque me parto foi cesáreo, ai ele ajuda com o bebê. Às vezes, eu preciso de alguma coisa e ele está ali para me servir. Ele está sendo mais importante agora (Lírio).

O Ministério da saúde reconhece que permanência de uma pessoa familiar no puerpério imediato é tida como positiva em relatos da literatura. O acompanhante nesse período ajuda nas tarefas básicas com bebê, quando a mãe se encontra em fase de recuperação e há evidências que comprovam que a presença outra pessoa junto à mulher contribui para diminuição do risco de depressão pós-parto (Brasil, 2005; Nascimento et al., 2010).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de nascimento é cercado de expectativas, ansiedade, medos e tabus. Considerando esse contexto, o presente estudo partiu do pressuposto que o acompanhamento familiar e o apoio emocional trazem vantagens à parturiente e ao progresso do parto no que se refere ao apoio emocional e físico.

Por meio do estudo, foi possível conhecer como o acompanhante da mulher a apóia durante o trabalho de parto, parto e puerpério e como as ações desenvolvidas por ele são imprescindíveis para minimizar o sentimento de ansiedade, medo e dor nesse momento ímpar, marcado pela chegada de um bebê.

Os resultados deste estudo contribuíram para o conhecimento na área de enfermagem, principalmente, para os profissionais que atuam no campo obstétrico, colaborando com a compreensão da importância do acompanhante e seu cuidado com a parturiente.

Esta pesquisa viabilizou, ainda, compreensão e reflexão sobre as percepções das puérperas acerca de temas relevantes para atender as demandas do momento vivenciado por elas. É imperioso valorizar as falas, necessidades e sentimentos das mulheres, pois, desta forma, será possível oferecer uma assistência individualizada e integral.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições 70 Persona; 2011. p. 229.
- BRASIL, Portaria nº569 de 1º de junho de 2000. Cria o programa de Humanização do pré- natal e Nascimento no âmbito do Sistema único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 8 de julho, 2000. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)> Acesso em: 08 de jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)> Acesso em: 02 de fev. 2018.
- BRASIL, Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 8 abr 2005: Seção 1: 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm) Acesso em: 10 de jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez.2012 Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 04 jan. 2018.
- CARVALHO, C.F.S; CARVALHO, I.S; BRITO, R.S; VITOR, A.F; LIRA, A.L.B.C. **O companheiro como no processo de parturição**. Rev Rene. 2015 jul-ago; vol.16, n.4, p. 613-21. Disponível em: <<http://bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-776012>> Acesso em: 04 de jan. 2018.
- DINIZ, C.S.G, D'ORSI, E; DOMINGUES, M.S.M.; TORRES, J.A; DIAS, M.A.B; SCHNECK, C.A; LANSKY, S; TEIXEIRA, N.Z.F; RANCE, S; SANDALL, J. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>> Acesso em: 9 de jan. 2018.
- DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cien Saude Colet. V.10 n.3 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>> Acesso em: 12 dez. 2017.
- DODOU, H.D; RODRIGUES, D.F; GUEREIRO, E.M; GUEDES; M.V.C; LAGO, P.N; MESQUITA, N.S. **A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas**. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v.18, p. Apr./June 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>> Acesso em: 04 de jan.2018.
- LONGO, C.S.M; ANDRAUS, L.M.S; BARBOSA, M.A. **Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem [online]. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>> Acesso em: 03 de jan.2018.
- MOTTA, C.C.L; CREPALDI, M.A. **O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente**. Paidéia, v.15, n.30, pp.105-118. 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X2005000100012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X2005000100012&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 09 de jan. 2018.
- NASCIMENTO, N.M; PROGIANTI, J.M; NOVOA, R.I; OLIVEIRA, T.R; VARGENS, O.M.C. **Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres**. Esc Anna Nery. jul/set; vol.14, n.3, p.456-461. 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14148145201000030004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14148145201000030004&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso e m: 08 de jan.2018.
- OLIVEIRA, A.S.S; RODRIGUES, D.P; GUEDES, M.V.C; FELIPE, G.F; GALIZA, F.T; MONTEIRO, L.C. **O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas**. Cogitare

Enferm. 2011; vol.16, n. 2, p.247-253. Disponível em:<<http://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/20201/14211>> Acesso em: 08 de jan. 2018.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra, Suíça: OMS. p.53; 1996.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Centro de Informação das Nações Unidas. **Recomendações da OMS no atendimento ao parto natural.** Genebra, Suiça, 2001.

PALINSKI, J.R; SOUZA, S.R.R.K; SILVEIRA, J.T.P; SALIM, N.R; GUALDA, D.M.R. **Women's perception of the process of labor coaching: a descriptive.** Online Braz J Nurs [online]. Vol.1, n.2, p.274-288, 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3603/HTML>> Acesso em: 10 de jan. 2018.

PERDOMINI, F.R.I; BONILHA, A.L.L. **A participação do pai como acompanhante da mulher no parto.** Texto Contexto Enferm. 2011; vol.20, n.3, p. 245-52. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300004>> Acesso em: 10 de jan. 2018.

SANTOS, J.O; TAMBELLINI, C.A; OLIVEIRA, S.M.J.V. **Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão.** Reme, Rev. Min. Enferm. jul/set; vol.15, n. 3, p:453-8, 2011. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/58>> Acesso em: 01 de fev. 2018.

SOUZA, S.R.R.K; GUALDA, D.M.R. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública.** Texto Contexto Enferm, Vol.25, n.1, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072016000100309&script=sci\\_abstract&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072016000100309&script=sci_abstract&tlang=pt) Acesso em: 02 de fev. 2018.

## A SAÚDE DOS IDOSOS NA PERCEPÇÃO DE CRIANÇAS

### **Iara Sescon Nogueira**

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

### **Pamela dos Reis**

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

### **Ieda Harumi Higarashi**

Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

### **Sonia Silva Marcon**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

### **Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera**

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

localizada no Noroeste do estado do Paraná, Brasil. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e organizados em um *corpus* textual submetido à análise lexicográfica utilizando o software IRaMuTeQ®, a partir da Nuvem de Palavras. A análise do corpus identificou 2.953 ocorrências de palavras e verificou-se que a palavra saúde apresentou a maior frequência no *corpus* (n=91). Segundo as crianças a saúde dos idosos depende das escolhas ao longo da vida, e está relacionada com a promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também com aspectos físicos e sociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Envelhecimento; Idoso; Criança; Percepção Social.

**ABSTRACT:** The objective was to unveil children's perceptions about the health of the elderly. It was a qualitative exploratory-descriptive research, developed with 25 children from a private educational institution, located in the northwest of Paraná state, Brazil. Data were collected by individual interviews and organized in a textual corpus submitted to lexicographic analysis using the IRaMuTeQ® software from the Word Cloud. The corpus analysis identified 2,953 word occurrences and it was found that the word health presented the highest frequency in the corpus (n = 91). According to children, the health of the elderly depends on lifelong

**RESUMO:** Objetivou-se desvelar as percepções das crianças acerca da saúde dos idosos. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva, desenvolvida com 25 crianças de uma instituição educacional privada,

choices, and is related to health promotion and disease prevention, but also to physical and social aspects.

**KEYWORDS:** Health of the Elderly; Aging; Elderly; Child; Social Perception.

## 1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, no Brasil, a população idosa é a que mais cresce. Estima-se que, para o ano de 2020, o número de brasileiros acima de 60 anos cresça surpreendentemente, o que fará do país a sexta maior população idosa do mundo (BODACHNE, 2017).

Em relação ao conceito de envelhecimento, ele é historicamente construído a partir de crenças, atitudes e valores culturais de uma determinada sociedade. A saúde dos idosos e como ela é percebida também é influenciada pela cultura, que por sua vez, influencia o olhar para o envelhecimento (FALLER, TESTON e MARCON, 2015).

No que diz respeito às crianças e sua relação com o envelhecimento, sabe-se que a forma como a sociedade comprehende e cuida de seus idosos reflete na percepção que as crianças possuem quanto às pessoas nesta fase da vida (FALLER *et al.*, 2017), sobretudo em relação a saúde dos idosos.

Nota-se que a saúde dos idosos muitas vezes ainda está relacionada aos aspectos negativos do processo de envelhecer e associada às alterações relativas à senilidade e doenças crônicas (FALLER, TESTON e MARCON, 2015). Essa realidade, representada por preconceitos e construção social, implica no manejo do envelhecimento e da saúde dos idosos por parte de toda a sociedade de forma negativa, desconsiderando o envelhecer que pode e deve ser ativo e saudável, ao permitir que os idosos percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental, e participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades (BRASIL, 2010).

Desvelar e refletir sobre questões relativas à saúde dos idosos na percepção de crianças pode melhorar a qualidade de vida dos idosos e delas próprias no futuro (ROSA; VILHENA, 2016). Nesse sentido, o estudo assumiu a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as percepções de crianças acerca da saúde dos idosos? Assim, objetivou-se desvelar as percepções das crianças acerca da saúde dos idosos.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa do tipo exploratória-descritiva, desenvolvida no campus da educação infantil de uma instituição educacional privada, localizada no Noroeste do estado do Paraná, Brasil. O público-alvo da pesquisa foram os 25 alunos matriculados no 4º ano do ensino fundamental da referida instituição de ensino.

A coleta dos dados ocorreu durante o mês de setembro de 2018, a partir de

entrevistas individuais, utilizando um roteiro semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras e composto por questões norteadoras que subsidiaram as entrevistas e estiveram relacionadas com a percepção das crianças acerca da saúde dos idosos, além de questões para caracterização sociodemográfica (idade, sexo e convívio com idosos).

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e posteriormente organizadas em um *corpus* textual que foi submetido à análise lexicográfica utilizando o software IRaMuTeQ® (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), a partir da Nuvem de Palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Tal mecanismo organiza as palavras presentes no *corpus* em função da frequência em que aparecem, e assim, as palavras são apresentadas com tamanhos diferentes, sendo que as palavras em destaque são aquelas que detêm maior importância no *corpus*, a partir do indicador de frequência dos vocábulos (CAMARGO e JUSTO, 2013). Os dados foram analisados à luz de literatura atual e pertinente.

Para realização desta pesquisa, todos os preceitos éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida à apreciação ética e obteve parecer favorável nº 2.794.707/2018 (CAAE: 90553218.1.0000.0104).

A fim de assegurar o anonimato dos participantes, esses foram identificados com a sigla E, referindo-se ao termo “Entrevistado”, seguido de números arábicos sequencias que corresponderam à ordem de realização das entrevistas.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 17 crianças, sendo sete do sexo feminino e 10 do sexo masculino, todas com idades entre nove e 10 anos, e apenas três crianças referiram não conviver com idosos.

A análise do *corpus* identificou 2.953 ocorrências de palavras. Verificou-se que a palavra saúde apresentou maior frequência no *corpus* (n=91), seguida das palavras idoso (n=77), bom (n=52), achar (n=38), coisa (n=26) comer (n=23), depender (n=21) e saudável (n=20), conforme apresentadas a seguir na figura 01:

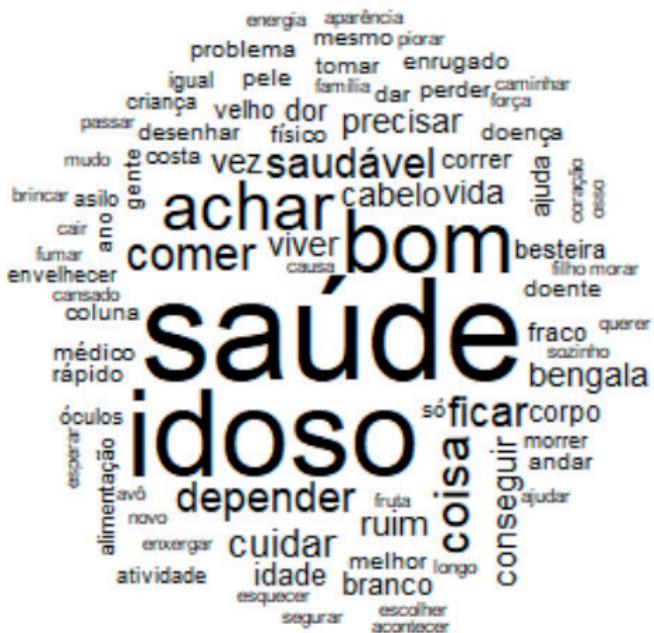


Figura 1. Nuvem de Palavras: A saúde dos idosos na percepção de crianças.

Fonte: As autoras, organizado pelo software IRaMuTeQ®, 2019.

Segundo as crianças, a saúde dos idosos depende das escolhas que eles fizeram ao longo da vida, as quais determinam a presença de saúde ou a falta dela na terceira idade. Essas escolhas estão relacionadas com a promoção da saúde, sobretudo com os hábitos de vida saudáveis, como alimentação saudável e prática de atividades físicas, mas também com a prevenção de doenças e realização de acompanhamento médico e de saúde, conforme evidenciado nos seguintes depoimentos:

As vezes o idoso não pode ser saudável porque se ele tiver uma doença ele não vai poder ser tão saudável, mas se ele não tiver, ele pode ser saudável. E também ele que escolhe a vida dele. Dependendo da escolha dele, ele pode ser saudável. (E1)

A saúde do idoso vai depender da escolha que ele faz. Se a pessoa escolher ser uma pessoa que não quer saber de nada, não vai ser uma coisa muito boa pra vida dela. Mas se ela escolher coisas boas pra vida dela, quando ela for mais velha ela vai poder ser saudável. (E1)

A saúde de um idoso deve ser boa, se enquanto ele for mais novo ele não fumar, não usar drogas, a saúde dele vai ser boa. Se ele tiver hábitos saudáveis ao longo da vida dele eu acho que a saúde vai ser boa. (E2)

Depende do que ele fazer, se ele fazer atividade física a saúde dele vai ser melhor, e vai ser melhor para a vida dele. (E3)

Eu acho que a saúde do idoso é boa, ele tem como correr e fazer atividades físicas. Eu acho que ele deve ser saudável. Eu acho que todo idoso pode ter saúde. Se ele ir no médico, comer coisas saudáveis e boas, a saúde deve vai ser boa. (E4)

A saúde depende. Se o idoso cuida, come coisa boa, não fuma, a saúde dele é boa. Se não, a saúde pode ser ruim. A saúde vai depender de como ele se cuidava.

Para as crianças, as condições de vida e de saúde dos idosos dependem das escolhas pregressas destes ao longo de suas vidas e são percebidas por desgastes naturais do envelhecimento. Essa perspectiva de responsabilidade pessoal também foi abordada em outro estudo, cujo resultado evidencia a velhice enquanto resultado de uma história de vida, de escolhas pessoais e de como se viveu ao longo dos anos. Um estilo de vida saudável, com boa alimentação, prática de atividade física, proximidade com a natureza e a família, possibilitaria que os idosos fossem felizes, saudáveis e ativos (MANNA, LEITE e AIELLO-VAISBERG, 2018), como apreendeu-se na presente pesquisa.

A visão apreendida reforça a velhice e o envelhecimento como processos heterogêneos, que não são o mesmo e não se manifestam da mesma forma a todos. O envelhecimento é o reflexo de um conjunto de condicionantes e resultado de um processo, e não algo novo, desconectado daquilo que se foi e viveu em toda a vida (COSTA e SOARES, 2016).

As crianças reconhecem ainda que, com o avançar da idade, existem transformações inerentes ao processo natural do envelhecimento, destacando as características físicas dos idosos e alterações comuns à senescência, sendo a saúde influenciada também pelo avançar da idade:

Um idoso que não tem saúde boa morre muito cedo, pois, o corpo dele não está tão forte assim para receber muita coisa que possa fazer mal, então a saúde do idoso tem que ser para mim, uma saúde boa. (E5)

Um idoso é uma pessoa que já viveu bastante tempo. Tem uma saúde boa, mas com o tempo o corpo dele vai ficando mais fraco. (E6)

Um idoso saudável pode fazer mais ou menos todas as coisas. Mas por exemplo, ele não consegue correr bem rápido. (E7)

A saúde de um idoso é boa. Um idoso é uma pessoa velhinha. É uma pessoa com cabelos brancos. (E9)

Uma pessoa idosa é que tem bastante idade, que já viveu bastante tempo. A saúde deles está boa, mas eles não conseguem correr muito, eles têm problema na coluna, cabelos brancos e a pele enrugada. (E10)

Dentre as características físicas atribuídas à pessoa idosa pelas crianças, algumas eram limitantes e/ou negativas, notadas pela senescência e senilidade que alteram o cotidiano dos idosos de forma adaptável. Naturalmente, não se pode ignorar as alterações biológicas impostas pelo passar dos anos no corpo humano. Ainda que não se manifestem doenças crônicas, envelhecer sempre envolve alguma perda funcional (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

Em estudo realizado em uma escola pública no Rio Grande do Sul, verificou-

se o predomínio dos aspectos negativos relativos ao envelhecimento na visão das crianças, com destaque às perdas, o que pode tornar a velhice objeto de temor. Entretanto, a discussão sobre o tema por meio de práticas educativas promoveu mudanças positivas em relação à esta percepção (VAZ e SCORTEGAGNA, 2015).

A construção do significado da velhice para as crianças se faz de acordo com o seu ambiente de vida e vivências familiares, porém a abordagem do tema pode produzir mudanças nessa construção favorecendo a compreensão e respeito entre as gerações (VAZ e SCORTEGAGNA, 2015).

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu desvelar as percepções das crianças acerca da saúde dos idosos e apontar que, segundo as mesmas, a saúde dos idosos depende das escolhas ao longo da vida, e está relacionada com a promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também com aspectos físicos e sociais.

Tornam-se necessárias estratégias educativas para o público infantil a fim de ampliar os conceitos acerca da saúde dos idosos, colaborando com a saúde dos mesmos em busca de um envelhecimento ativo e saudável.

## REFERÊNCIAS

- BODACHNE, L. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. **Atenção à pessoa idosa: manual de prevenção de acidentes**, Curitiba, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, 2012.
- CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- COSTA, D.G.S; SOARES, N. Envelhecimento e velhices: heterogeneidade no tempo do capital. **Serviço Social & Realidade**, v. 25, n. 2, p. 57-68, 2016.
- FALLER, J.W. *et al.* Cuidado filial e o relacionamento com o idoso em famílias de diferentes nacionalidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 22-30, 2017.
- MANNA, R.E; LEITE, J.C.A; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Imaginário coletivo de idosos participantes da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 987-996, 2018
- ROSA, C.M; VILHENA, J. O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. **Rev Subj Fortaleza**, v. 16, n. 2, p. 9-19, 2016.
- VAZ, C.C; SCORTEGAGNA, H.M. Promovendo o cuidado para o viver-envelhecer saudável na escola: a educação gerontológica como caminho. **RBCEH**, v. 12, n. 1, p. 69-82, 2015.
- VERAS, R.P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

## CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM EXCESSO DE PESO: ASPECTOS ANTROPOMÉTRICOS, PRESSÓRICOS E LABORATORIAIS NA CONSULTA INICIAL EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

**Heloisa Ataide Isaia**

Universidade Franciscana, Santa Maria, RS.

**Leris Salete Bonfanti Haeffner**

Universidade Franciscana, Santa Maria, RS.

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi analisar os aspectos antropométricos, pressóricos e laboratoriais comparando crianças e adolescentes com excesso de peso na consulta inicial em ambulatório especializado. Trata-se de estudo retrospectivo realizado de maio de 2013 a maio de 2016, com 194 pacientes obesos (58,5% sexo masculino), de 2 a 19 anos, sendo 51% crianças. As variáveis antropométricas, pressóricas e laboratoriais foram coletadas do prontuário hospitalar. A maioria (57,2%) procedentes de Santa Maria, com média de IMC de 26,8 ( $\pm 4,3$ ) para as crianças e 30,4 ( $\pm 5,5$ ) para os adolescentes. A média do peso, estatura, IMC, *z-score* e circunferência abdominal foram significativamente ( $p<0,05$ ) maiores nos adolescentes. A média do percentil da pressão arterial sistólica/diastólica e dos exames laboratoriais foram semelhantes em ambos os grupos. A prevalência de sobrepeso foi maior nos adolescentes (25,3%) e obesidade grave nas crianças (16,2%). A circunferência abdominal estava acima do percentil 90 em 97,4% das crianças e 84% dos adolescentes. Dos exames laboratoriais,

o único com diferença estatística ( $p<0,05$ ) foi o nível aumentado de colesterol total em 48,7% dos adolescentes contra 27% das crianças. Os demais exames mostraram semelhança entre os grupos, mas o HDL encontrava-se diminuído em ambos. Conclui-se que as crianças e adolescentes obesos chegam ao ambulatório especializado já com fatores de risco para doenças cardiovasculares, como aumento da circunferência abdominal, tendência a hipertensão, hipercolesterolemia e HDL baixo. Destaca-se a importância da prevenção, tanto na Atenção Primária como no desenvolvimento de Políticas Públicas intersetoriais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade pediátrica; Índice de massa corporal; circunferência abdominal; testes hematológicos; assistência ambulatorial

CHILDREN AND ADOLESCENTS  
WITH EXCESS BODY WEIGHT:  
ANTHROPOMETRIC, BLOOD PRESSURE  
AND LABORATORY ASPECTS IN THE  
INITIAL CONSULTATION IN A SPECIALIZED  
OUTPATIENT CLINIC

**ABSTRACT:** This study aimed to analyze anthropometric, blood pressure and laboratory aspects comparing overweight children and adolescents in the initial consultation in a specialized outpatient clinic. The study was

conducted from May 2013 to May 2016 with 194 obese patients (58.5% male) from 2 to 19 years old, 51% of whom were children. The anthropometric, blood pressure and laboratorial variables were collected from the hospital chart. The majority (57.2%) came from Santa Maria, with a mean BMI of 26.8 ( $\pm$  4.3) for the children and 30.4 ( $\pm$  5.5) for the adolescents. The mean weight, height, BMI, z-score and waist circumference were significantly higher in adolescents ( $p<0,05$ ). The mean systolic / diastolic blood pressure percentile and laboratory tests were similar in both groups. The prevalence of overweight was higher in adolescents (25.3%) and severe obesity higher in children (16.2%). Abdominal circumference was above the 90th percentile in 97.4% of the children and 84% of the adolescents. Of the laboratory tests, the only statistically significant difference ( $p<0,05$ ) was the increased total cholesterol level in 48.7% of the adolescents compared to 27% of the children. The other tests showed similarity between the groups, but HDL was decreased in both groups. It was concluded that obese children and adolescents arrive at the specialized clinic already with risk factors for cardiovascular diseases, such as increased waist circumference, tendency for hypertension, hypercholesterolemia and low HDL. It is important to emphasize the importance of prevention, both in Primary Care and in the development of intersectoral public policies.

**KEYWORDS:** Pediatrics obesity; Body mass index; Abdominal circumference; hematologic tests; Ambulatory care

## 1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o aumento da obesidade entre crianças, adolescentes e adultos tornou-se um grave problema de saúde pública, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a “epidemia do século 21”. Os fatores determinantes da obesidade são múltiplos e estão relacionados com fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e comportamentais, sendo que as síndromes genéticas e endócrinas são responsáveis por apenas 1% dos casos e as causas exógenas pelos 99% restantes (LOBSTEIN et al., 2004). A obesidade é também apontada como um impressionante e inaceitável fator de impacto na vida das crianças e adolescentes pelo expressivo aumento nas taxas de prevalência em um curto espaço de tempo. Em 2013 estimou-se que em todo mundo 42 milhões de crianças abaixo de cinco anos de idade estavam com excesso de peso (KAUR; HYDER; POSTON, 2003).

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, o aumento progressivo do excesso de peso na população pediátrica também se verifica. De 1974-1975 para 2008-2009 a prevalência do sobrepeso (SP) e obesidade passou de 10,9% para 34,8% entre os meninos e de 8,6% para 32,2% entre as meninas (INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Além de a obesidade ser um importante preditor de excesso de peso na vida adulta, muitas doenças crônicas antes consideradas de “adultos” estão sendo diagnosticadas cada vez com mais frequência em crianças e

adolescentes obesos. Além disso, a obesidade na adolescência aumenta o risco de morte prematura na vida adulta(INGE et al., 2013) portanto, o diagnóstico precoce dessa doença é de grande interesse para a saúde pública não só pelas repercussões na vida presente e futura das crianças e adolescentes, como também pelos custos gerados com a obesidade para o Sistema Único de Saúde (SUS): cerca de 20 bilhões de dólares entre hospitalizações e procedimentos de ambulatório (BAHIA et al., 2012).

A associação da obesidade em crianças e adolescentes a uma série de alterações cardiovasculares é motivo de preocupação, pois elas predispõem ao aumento do risco cardiovascular na idade adulta. A hipertensão arterial e dislipidemia são dois fatores de risco componentes da Síndrome Metabólica (SM)(LI et al., 2012) e cerca de 50% das crianças obesas apresentam hipertensão arterial e 42% anormalidades lipídicas aumentando a incidência com a gravidade da obesidade(MAGGIO et al., 2013; STEPHEN, COOK, 2012). Além disso, uma das complicações endócrinas decorrentes da obesidade é a chamada “pré-diabetes” que é caracterizada por alterações moderadas na glicemia de jejum, teste de tolerância a glicose e hemoglobina glicada, e esta condição, quando presente, aumenta o risco de desenvolvimento de Diabetes tipo 2 (SABIN, 2005).

Embora as abordagens terapêuticas tenham melhorado em quantidade e qualidade, o sucesso obtido é ainda limitado com pouca melhora no peso dos pacientes demonstrando haver desgastes nas intervenções baseadas em modificação no estilo de vida (KITZMAN-ULRICH et al., 2012). Por outro lado, alguns estudos descrevem melhora da dislipidemia e síndrome metabólica (ANTUNES, BARBARA DE MOURA;MONTEIRO, PAULA ALVES;SILVEIRA, LOREANA SANCHES;CAYRES, SUZIANE UNGARI;SILVA, CAMILA BUONANI;FORTE, 2013; BAHIA et al., 2012).

O objetivo desse estudo foi avaliar a antropometria, os níveis pressóricos e os exames laboratoriais das crianças e adolescentes com excesso de peso, na consulta inicial em ambulatório especializado de um hospital de referência regional, no sul do Brasil.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza documental descritivo, com dados retrospectivos obtidos de uma coorte de crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com diagnóstico de excesso de peso encaminhados ao Ambulatório de Obesidade Criança e Adolescente de um hospital de alta complexidade do interior do estado do RS, no período de maio de 2013 a maio de 2016. Foram incluídas no estudo todas as crianças e adolescentes que consultaram no período de 3 anos (2013 a 2016). Foram excluídas crianças menores de dois anos, portadoras de doenças endócrinas, alterações osteomusculares e síndromes genéticas.

Os dados foram coletados dos prontuários e incluíram: idade, sexo, procedência,

peso, altura, Índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), pressão arterial (PA) e exames laboratoriais (glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos). Foram classificadas como crianças as que tinham idade de 2 e 9 anos e adolescentes os de 10 e 19 anos. A classificação dos participantes em sobre peso ou obeso foi realizada de acordo com as curvas de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para as crianças entre 2 e 5 anos, sobre peso foi considerado quando tinham *z-score* do IMC entre +2 e +3 e obesa quando acima +3. Para as crianças maiores de 5 anos de idade e adolescentes, sobre peso foi considerado quando o *z-score* do IMC estivesse entre +1 e +2, obesos entre +2 e +3 e obesidade grave quando maior que +3.

A avaliação dos percentis da pressão arterial foi realizada conforme tabela de referência da *National High Blood Pressure* para o sexo, idade e estatura. Foram considerados hipertensos aqueles com pressão arterial sistólica (PAS) e/ou diastólica (PAD) o percentil  $\geq 95$  da referência; pré-hipertensos o percentil  $>90$  e  $<95$ ; normotensos o percentil  $<90$ . Os exames laboratoriais foram considerados alterados quando: o colesterol total  $\geq 170$  mg/dl, limítrofe entre 150-169 mg/dl; LDL-colesterol  $\geq 130$  mg/dl, limítrofe entre 100-129 mg/dl; HDL-colesterol  $\leq 45$  mg/dl, triglicerídeos  $\geq 130$  mg/dl, limítrofe entre 100-129 mg/dl; glicemia  $>100$  mg/dl.

A circunferência abdominal (CA) foi medida com fita inextensível no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca e avaliada em percentis para idade e sexo conforme tabela de Freedman et al. (FREEDMAN et al., 1999). Foi considerado o percentil 90 como ponto de corte para determinação de obesidade central.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com cálculo de média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e porcentagens para as variáveis qualitativas utilizando o programa estatístico *Stata 10*. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano com assinatura do termo de confidencialidade e dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

### 3 | RESULTADOS

Foram atendidos no período do estudo 204 pacientes, destes excluídos 10 pacientes que não atendiam aos critérios considerados para o estudo, sendo 6 porque tinham menos de dois anos de idade e 3 por serem portadores de alguma doença dentro dos critérios de exclusão. Assim 194 pacientes fizeram parte deste estudo, com maior percentual do sexo masculino (58,5%), crianças (51%) e procedentes da cidade de Santa Maria 57,2% (tabela 1).

Variáveis	N (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	113 (58,5)
Feminino	81 (41,5)
<b>Classificação quanto Faixa Etária</b>	
Criança	99 (51,0)
Adolescente	95 (49,0)
<b>Procedência</b>	
Santa Maria	112 (57,7)
Região	77 (39,7)
Outras	5 (2,6)

Tabela 1 – Características demográficas de crianças e adolescentes na primeira consulta especializada

A avaliação antropométrica da primeira consulta mostrou que a média do peso, estatura, IMC, *z-score* e circunferência abdominal foram maiores nos adolescentes, com diferença estatística significante, o que era esperado. A média do percentil da pressão arterial sistólica/diastólica verificadas em 88 crianças foi superior as observadas nos 82 adolescentes avaliados, no entanto, não houve diferença estatística. Em relação aos exames laboratoriais somente a glicemia mostrou diferença estatística com média superior nos adolescentes (tabela 2).

Variáveis	c/A	Crianças M ( $\pm$ dp)	Adolescentes M ( $\pm$ dp)	P*
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>95</b>		
<b>Idade</b>		7,0 ( $\pm$ 1,8)	12,3 ( $\pm$ 1,9)	<0,001
<b>Antropométricas</b>	99/95			
Peso (kg)		46,3 ( $\pm$ 13,8)	73,8 ( $\pm$ 13,8)	<0,001
Estatura (m)		1,30 ( $\pm$ 0,1)	1,55 ( $\pm$ 0,1)	<0,001
IMC		26,8 ( $\pm$ 4,3)	30,4 ( $\pm$ 5,5)	<0,001
Z-score		2,6 ( $\pm$ 0,8)	2,1 ( $\pm$ 0,5)	<0,001
Circunferência Abdominal (cm)		85,3 ( $\pm$ 10,0)	97,7 ( $\pm$ 13,2)	<0,001
<b>Percentil da Pressão Arterial</b>	88/82			
Pressão sistólica		68,1 ( $\pm$ 27,3)	72,4 ( $\pm$ 24,2)	0,138
Pressão diastólica		57,7 ( $\pm$ 26,9)	56,0 ( $\pm$ 26,6)	0,342
<b>Laboratoriais</b>				
Glicemia	79/70	89,0 ( $\pm$ 7,5)	93,7 ( $\pm$ 7,4)	0,001

Triglicerídeos	83/73	101,2 ( $\pm$ 65,2)	113,1 ( $\pm$ 65,0)	0,128
Colesterol Total	85/74	160,5 ( $\pm$ 29,3)	167,3 ( $\pm$ 39,1)	0,095
LDL	84/74	98,2 ( $\pm$ 29,9)	101,1 (28,1)	0,264
HDL	83/72	42,8 ( $\pm$ 11,7)	45,2 ( $\pm$ 16,0)	0,140

Tabela 2 – Média e desvio padrão das variáveis antropométricas, pressóricas e laboratoriais de crianças e adolescentes na primeira consulta especializada

c= número de crianças; A= número de adolescentes; M= média

\* Teste de Student

A distribuição das crianças e adolescentes quanto à classificação excesso de peso, circunferência abdominal, pressão arterial e exames laboratoriais estão apresentados na tabela 3. A prevalência de sobre peso foi maior nos adolescentes (25,3%) e obesidade grave nas crianças (16,2%), com diferença estatística. A maioria das crianças (97,4%) teve percentil de circunferência abdominal maior que o percentil 90, enquanto nos adolescentes foi de 84%. Não houve diferença entre crianças e adolescentes, no entanto as crianças tiveram percentual de nível considerado como hipertensão de 11,4% e os adolescentes 9,8%.

	c/A	Criança N (%)	Adolescente N (%)	P*
<b>Total</b>		<b>99 (100)</b>	<b>95 (100)</b>	
<b>Classificação excesso de peso</b>	99/95			<0,001
Sobre peso		11 (11,1)	24 (25,3)	
Obeso		72 (72,7)	70 (73,7)	
Obesidade grave		16 (16,2)	1 ( 1,0)	
<b>Percentil Circunf. Abdominal</b>	77/75			0,007
<50		0 (0)	2 (2,7)	
50 – 90		2 (2,6)	10 (13,3)	
>90		75 (97,4)	63 (84,0)	
<b>Pressão arterial</b>	88/82			0,183
Normal		60(68,2)	47(57,3)	
Pré-Hipertensão		18(20,4)	27(32,9)	
Hipertensão		10(11,4)	8( 9,8)	
<b>Glicemia</b>	76/70			0,147
Desejável		72(94,7)	61(87,1)	
Aumentada		4(5,3)	9(12,9)	

<b>Triglicerídeos</b>	83/73	0,616
Desejável	51(61,5)	40(54,8)
Limítrofe	12(14,5)	10(13,7)
Aumentado	20(24)	23(31,5)
 <b>Colesterol Total</b>	 85/74	 0,006
Desejável	33(38,9)	26(35,1)
Limítrofe	29(34,1)	12(16,2)
Aumentado	23(27,0)	36(48,7)
 <b>LDL</b>	 83/71	 0,194
Desejável	45(54,2)	36(50,7)
Limítrofe	31(37,3)	22(31,0)
Aumentado	7(8,5)	13(18,3)
 <b>HDL</b>	 93/74	 0,749
Desejável	34(40,5)	32(43,2)
Diminuído	59(59,5)	42(56,8)

Tabela 3 – Distribuição das crianças e adolescentes quanto à classificação excesso de peso, circunferência abdominal, pressão arterial e exames laboratoriais

c= número de crianças; A=número de adolescentes; N= número.

\* *Teste do Qui Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher*

Na análise dos exames laboratoriais solicitados na primeira consulta o único com diferença estatística foi a dosagem do colesterol total, em que os 48,7% dos adolescentes tiveram níveis aumentados contra 27% das crianças. Os demais exames mostraram semelhança entre os grupos, mas o HDL encontrava-se diminuído em ambos (tabela 3).

## 4 | DISCUSSÃO

O ambulatório de Obesidade Crianças e Adolescentes recebe pacientes da área de abrangência do hospital onde o estudo foi realizado e compreende duas Coordenadorias de Saúde (4<sup>a</sup> e a 10<sup>a</sup>) do estado do Rio Grande do Sul. Este atendimento é realizado por pediatra juntamente com enfermeiro, médico residente em pediatria e estagiários do curso de medicina. Na primeira consulta são explicados os objetivos do tratamento, ressaltando a importância do envolvimento da família no

processo. A maioria dos pacientes era procedente da cidade, 42% da região e apenas 5 de outras regiões. Neste estudo a prevalência de sobrepeso foi de 11% em crianças e 25,3% em adolescentes; foram considerados obesos 72,7% das crianças e 73,7% dos adolescentes, enquanto que 16,2% das crianças e 1% dos adolescentes eram obesos graves. O sexo masculino apresentou maior percentagem de obesidade, semelhante a vários estudos realizados no Brasil entre a população pediátrica (CHRISTOFARO et al., 2011; INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; TORNQUIST;TORNQUIST;BURGOS, 2015) porém na avaliação de escolares de Porto Alegre(SCHOMMER, VANIA AMES;BARBIERO, SANDRA MARI;CESI, CLÁUDIA CICERI;OLIVEIRA, ROSIMERY;SILVA, 2014) descreveram que o sobrepeso foi mais prevalente no sexo feminino (19,9%) e a obesidade no sexo masculino (11,8%).

Alteração da pressão arterial encontrada foi maior nos adolescentes, embora sem significância estatística, concordando com estudos que evidenciam que a idade e o IMC, por representar obesidade generalizada, são os fatores de mais fortes preditores para o aumento da pressão arterial; Burgos (2013) e Minghelli e Oliveira (2015)descreveram que crianças e adolescentes com excesso de peso apresentaram 3,25 e 2,3 vezes mais chance de apresentar PAS elevada, respectivamente. Entretanto, no estudo de Christofaro et al (2011) realizado com adolescentes, nem o sobrepeso/ obesidade ou a obesidade abdominal, quando analisados individualmente estavam associadas com HA. Estas controvérsias sugerem as dificuldades em se verificar de maneira uniforme a pressão arterial na população pediátrica e interpretar os resultados, sendo necessário consultar tabelas ou calculadoras médicas. Neste estudo a verificação da PA foi realizada em um único momento, portanto, apenas é possível utilizar os valores como uma tendência e não como diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Apesar da relação entre excesso de peso e hipertensão estejam bem estabelecida, os mecanismos envolvidos na sua patogênese ainda não estão bem elucidados, sendo considerados como principais, a ativação do sistema nervoso simpático, disfunções renais e hormonais(BEER et al., 2016; KOTYSIS et al., 2010).

Com relação aos resultados laboratoriais, no presente estudo, as glicemias de jejum realizadas estavam acima do normal em 5,3% das crianças e 12.9% dos adolescentes, abaixo do encontrado no estudo de Marcus et al.(MARCUS, MARSHA D;BARANOWSKI, T; DE BAR, LYNN L;EDELSTEIN S; KAUFMAN, FRANCINE R; SCHNEIDER, M.;SIEGA-RIZ, A.M.;STATEN, M.A.; VIRUS, 2010) realizado com 6000 alunos onde 15,5% das crianças com excesso de peso, 20,2% nas obesas e 22,5% nas com obesidade grave apresentaram glicemia de jejum alterada. Entre os escolares avaliados em Santa Cruz do Sul, 4,9% dos obesos masculinos tinham intolerância a glicose(REUTER et al., 2013).

Estudos apontam maior prevalência de alterações do perfil lipídico nas crianças e adolescentes obesos (LUNARDI, CLAUDIA CRUZ;MOREIRA, 2010; ZAMBON MARIANA PORTO, ANTÔNIO MARIA ÂNGELA R. G. M., MENDES RBERTO TEIXEIRA, 2007). Neste estudo o colesterol total demonstrava níveis intermediários a

alto em 62,9% dos pacientes semelhante aos 62% observados no estudo nacional de Quadros et al.(QUADROS et al., 2015), sendo significativamente maior nas crianças, provavelmente isto se deva ao fato deste grupo apresentar maior prevalência de obesos graves nesta amostra. Os triglicerídeos mostram-se alterados em 41,6%, LDL em 47,4% e os baixos níveis do colesterol HDL foi mais prevalente, sem diferença significativa entre crianças e adolescentes semelhantes aos achados de Pires et al.(PIRES et al., 2014) que em uma avaliação de uma coorte de crianças portuguesas encontraram triglicerídeos aumentado em 45%, LDL - colesterol em 31% e HDL diminuído em 42,2%. Já, em um estudo em Campinas(ZAMBON MARIANA PORTO, ANTÔNIO MARIA ÂNGELA R. G. M., MENDES RBERTO TEIXEIRA, 2008), apenas 32,8% evidenciaram alterações do colesterol total, 14,8% do LDL, mas o HDL encontrava-se diminuído em 51,8% dos pacientes obesos acompanhando a tendência da maioria dos estudos.

A relação do excesso de peso e medida da circunferência abdominal tem sido descrita por diversos estudos como relevante para a avaliação distribuição da gordura corporal, especialmente a gordura visceral(DAMIANI et al., 2011) .No presente estudo esta relação ficou evidenciada, já que 97% das crianças e 84% dos adolescentes avaliados apresentaram CA igual ou superior ao percentil 90, significativamente maior no grupo de crianças. Schröder et al.(2014) ao avaliarem 1521 crianças e adolescentes espanhóis também encontraram maior proporção de crianças acima do percentil 90 quando comparados com os adolescentes.

Diante dos resultados, pode-se concluir que as crianças e adolescentes chegam ao ambulatório especializado com peso corporal, IMC, Z-score e circunferência abdominal excessivos e com obesidade já estabelecida. A pressão arterial já mostra tendência a hipertensão, sendo mais preocupante nas crianças. Os exames laboratoriais já apresentaram alterações do metabolismo lipídico, principalmente do colesterol total nos adolescentes e para ambos os grupos, o HDL baixo, configurando fatores de risco cardiovascular. Neste sentido, destaca-se a relevância do reconhecimento da obesidade de criança e adolescente como doença crônica, enfatizando a importância da prevenção, tanto na Atenção Primária como no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, BARBARA DE MOURA;MONTEIRO, PAULA ALVES;SILVEIRA, LOREANA SANCHES;CAYRES, SUZIANE UNGARI;SILVA, CAMILA BUONANI;FORTE, I. F. J. Effect of concurrent training on risk factors and hepatic steatosis in obese adolescents. *Rev Paul Pediatr*, v. 31, n. 3, p. 371-376, 2013.

BAHIA, L. et al. The costs of overweight and obesity-related diseases in the Brazilian public health system : cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 12, n. 440, p. 2-7, 2012.

BEER, M. De et al. Associations of Infant Feeding and Timing of Weight Gain and Linear Growth during Early Life with Childhood Blood Pressure : Findings from a Prospective Population Based

BURGOS, M. S. et al. Artigo Original Associação entre Medidas Antropométricas e Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 4, p. 288–296, 2013.

CHRISTOFARO, D. G. D. et al. Detecção de Hipertensão Arterial em Adolescentes através de Marcadores Gerais e Adiposidade Abdominal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 96, n. 6, p. 465–470, 2011.

DAMIANI, D. et al. Síndrome metabólica em crianças e adolescentes: dúvidas na terminologia, mas não nos riscos cardiometabólicos. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 55, n. 8, p. 576–582, 2011.

FREEDMAN, D. S. et al. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 69, n. 2, p. 308–317, 1999.

INGE, T. H. et al. The effect of obesity in adolescence on adult health status. **Pediatrics**, v. 132, n. 6, p. 1098–104, 2013.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares Antropometria e estado nutricional de crianças , adolescentes e adultos no Brasil Pesquisas de Orçamentos Familiares**.

KAUR, H.; HYDER, M. L.; POSTON, W. S. C. Childhood Overweight. **Treatments in Endocrinology**, [s. l.], v. 2, n. 6, p. 375–388, 2003.

KITZMAN-ULRICH, H. et al. NIH Public Access. [s. l.], v. 13, n. 3, p. 231–253, 2012.

KOTSIDIS, V. et al. Mechanisms of obesity-induced hypertension. **Hypertension Research**, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 386–393, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/hr.2010.9>>

LI, S. et al. Relation of childhood obesity cardiometabolic phenotypes to adult cardiometabolic profile. **American Journal of Epidemiology**, v. 176, n. SUPPL. 7, p. 142–149, 2012.

LOBSTEIN, T. et al. Obesity in children and young people : a crisis in. v. 5, p. 4–85, 2004.

LUNARDI, CLAUDIA CRUZ;MOREIRA, C. M. D. L. Colesterolemia , Trigliceridemia e Excesso de Peso em Escolares de Blood Lipids Abnormalities and Overweight Prevalence in Students. **Rev Bras Med Esporte**, v. 16, p. 250–253, 2010.

MAGGIO, A. B. R. et al. BMI changes in children and adolescents attending a specialized childhood obesity center : a cohort study. **BMC Pediatrics**, v. 13, n. 216, 2013.

MARCUS, MARSHA D;BARANOWSKI, T; DE BAR, LYNN L;EDELSTEIN S; KAUFMAN, FRANCINE R; SCHNEIDER, M.;SIEGA-RIZ, A.M.;STATEN, M.A.; VIRUS, A. ;Yi. Z. racial cohort : the HEALTHY study. **j Adolesc Health**, v. 47, n. 6, p. 604–607, 2010.

MINGHELLI, B.; , RAUL OLIVEIRA, C. N. Association of obesity with chronic disease and musculoskeletal factors. v. 61, n. 4, p. 347–354, 2015.

PIRES, A. et al. Insulin Resistance, Dyslipidemia and Cardiovascular Changes in a Group of Obese Children. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, n. 4, p. 266–273, 2014.

QUADROS, T. M. B. et al. Predictive capacity of anthropometric indicators for dyslipidemia screening in children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 91, n. 5, p. 455–463, 2015.

REUTER, C. P. et al. Prevalence of obesity and cardiovascular risk among children and adolescents in the municipality of Santa Cruz do Sul , Rio Grande do Sul Prevalência de obesidade e risco cardiovascular em crianças e adolescentes do município de Santa Cruz do Sul , Rio Gr. v. 131, n. 5, p. 323–330, 2013.

SABIN, M. A. Characterisation of morbidity in a UK, hospital based, obesity clinic. **Archives of Disease in Childhood**,v. 91, n. 2, p. 126–130, 2005.

SCHOMMER, VANIA AMES;BARBIERO, SANDRA MARI;CESI, CLÁUDIA CICERI;OLIVEIRA, ROSIMERY;SILVA, A. D. L. C. Excesso de Peso , Variáveis Antropométricas e Pressão Arterial em escolares de 10 a 18 anos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**,v. 102, n. 4, p. 312–318, 2014.

SCHRÖDER, H. et al. Prevalence of abdominal obesity in Spanish children and adolescents. Do we need waist circumference measurements in pediatric practice? **PLoS one**,v. 9, n. 1, p. e87549, 2014.

STEPHEN, COOK, K. R. E. NIH Public Access. **Pediatr Clin North Am**, v. 58, n. 6, p. 1363–1373, 2012.

TORNQUIST, L.; TORNQUIST, D.; BURGOS, M. S. ORIGINAL RESEARCH EXCESSO DE PESO E PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA EM ESCOLARES : PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS EXCESS WEIGHT AND HIGH BLOOD PRESSURE IN SCHOOLCHILDREN : Características dos escolares avaliados - n (%). **Journal of Human Growth and Development**,v. 25, n. 2, p. 216–223, 2015.

ZAMBON MARIANA PORTO, ANTÔNIO MARIA ÂNGELA R. G. M., MENDES RBERTO TEIXEIRA, B. A. de A. F. Características clínicas e laboratoriais de crianças e adolescentes obesos. **Rev Paul Pediatr**,v. 25, n. 1, p. 27–32, 2007.

ZAMBON MARIANA PORTO, ANTÔNIO MARIA ÂNGELA R. G. M., MENDES RBERTO TEIXEIRA, B. A. de A. F. Crianças e adolescentes obesos : dois anos de acompanhamento interdisciplinar. **Rev Paul Pediatr**,v. 26, n. 2, p. 130–135, 2008.

## SOBRE A ORGANIZADORA

**Isabelle Cordeiro De Nojosa Sombra** - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

- Adulto jovem 258  
Assistência ao paciente 85, 92, 192, 194  
Assistência à saúde 11, 65, 83, 84, 85, 86, 94, 160, 180  
Assistência de enfermagem 24, 40, 68, 76, 119, 140, 169, 191, 192, 199, 270, 280  
Atenção primária à saúde 138, 139, 140, 149, 243  
Atenção primária em saúde 142, 143, 145, 157, 174  
Autoimagem feminina 202

### C

- Cardiopatias congênitas 66, 68, 70, 80, 81  
Coleta de dados 4, 14, 22, 25, 34, 37, 47, 54, 69, 86, 117, 120, 121, 131, 152, 158, 159, 160, 161, 162, 168, 169, 232, 233, 260, 272, 273, 281, 284  
Complicações na gravidez 270  
Comunicação em saúde 139  
Conhecimento 3, 20, 26, 27, 31, 32, 41, 42, 46, 51, 54, 57, 60, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 104, 106, 112, 113, 115, 117, 118, 120, 121, 123, 125, 126, 130, 135, 136, 138, 143, 145, 148, 150, 155, 156, 157, 159, 166, 167, 168, 169, 171, 172, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 190, 191, 192, 196, 203, 231, 236, 237, 240, 243, 244, 259, 260, 262, 263, 264, 265, 267, 268, 276, 289  
Criança 46, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 96, 97, 98, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 117, 123, 147, 178, 214, 226, 287, 292, 300, 302, 303, 306, 309  
Cuidado pré-natal 45, 139  
Cuidados de enfermagem 81, 112, 114, 131, 137, 183, 184, 188, 192, 200  
Cuidados pós-operatórios 67  
Cuidados pré-operatórios 78  
Currículo 2, 6, 7, 65, 117, 118, 119, 120, 124, 125, 126, 127  
Curso de enfermagem 1, 4, 5, 65, 114, 124, 158, 175

### D

- Dia internacional da mulher 202  
Doenças crônicas 15, 19, 96, 97, 128, 129, 130, 131, 132, 137, 138, 147, 176, 293, 296, 299  
Doenças de crianças 97  
Doenças sexualmente transmissíveis 48, 51, 257, 267

### E

- Educação 6, 9, 10, 41, 42, 53, 55, 58, 59, 66, 68, 74, 81, 91, 97, 98, 104, 109, 110, 115, 118, 119, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 142, 143, 145, 147, 148, 160, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 183, 191, 210, 214, 218, 236, 238, 243, 278, 292, 293, 297, 309  
Educação em enfermagem 55  
Educação em saúde 41, 58, 59, 66, 68, 97, 98, 104, 109, 110, 128, 129, 130, 131, 134, 135, 136, 137, 142, 143, 145, 147, 148, 173, 175, 177, 178, 181, 243  
Educação permanente 41, 42, 91, 171, 172, 173, 174, 175, 180, 181, 183

Enfermagem forense 112, 113, 114, 115, 116  
Enfermagem neonatal 45  
Enfermeiros 2, 3, 5, 8, 20, 25, 30, 31, 33, 36, 37, 43, 49, 76, 81, 85, 105, 110, 112, 114, 115, 129, 131, 132, 138, 145, 161, 176, 177, 197, 199, 243  
Envelhecimento 15, 129, 144, 207, 209, 211, 213, 215, 243, 245, 292, 293, 296, 297  
Epidemiologia 20, 48, 53, 80, 94, 155, 227, 229, 243, 255, 280  
Equipe de enfermagem 8, 11, 15, 23, 24, 25, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 44, 76, 113, 182, 183, 187, 189, 191, 192, 193, 215, 252, 255  
Estágio curricular 65, 142, 149  
Estratégia de saúde da família 149  
Exame Papanicolau 64, 243

## F

Família 6, 7, 16, 17, 53, 56, 63, 74, 76, 77, 78, 81, 96, 97, 101, 103, 105, 106, 110, 115, 129, 130, 132, 136, 137, 138, 140, 142, 143, 144, 148, 149, 153, 154, 155, 157, 178, 205, 207, 209, 211, 214, 215, 225, 227, 228, 230, 243, 244, 255, 283, 287, 296, 297, 304  
Fisioterapia 245, 252, 254, 255  
Fístula arteriovenosa 182, 183, 184, 193

## G

Grupos focais 158, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170

## H

Hemodiálise 182, 183, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193  
Higiene das mãos 83, 84, 92, 94  
Humanização da assistência 281, 283, 290

## I

Idoso 123, 128, 147, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 292, 294, 295, 296, 297  
Infecção hospitalar 84, 91, 193

## L

Lesões intraepiteliais escamosas cervicais 229

## M

Metodologia 4, 24, 37, 47, 53, 57, 69, 91, 99, 112, 131, 145, 150, 158, 169, 173, 178, 179, 185, 208, 231, 247, 259, 272, 284, 300  
Morte 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 36, 38, 52, 54, 55, 68, 112, 113, 151, 152, 153, 195, 207, 209, 254, 279, 300

## N

Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde 172  
Neonatologia 45

## P

Papel da enfermagem na saúde da mulher 202

Parto humanizado 281, 283  
Percepção social 292  
Pesquisa qualitativa 20, 51, 57, 158, 169, 292  
Pessoal de saúde 172  
Pré-eclâmpsia 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280  
Preservativos 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268  
Promoção da saúde 13, 15, 33, 43, 110, 130, 137, 143, 149, 171, 172, 207, 265, 292, 295, 297, 309

## **Q**

Qualidade de vida 32, 41, 43, 55, 66, 74, 101, 103, 119, 129, 130, 135, 144, 180, 183, 185, 203, 209, 214, 219, 222, 243, 245, 247, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 293

## **S**

Saúde da mulher 11, 17, 52, 55, 56, 62, 64, 65, 117, 123, 147, 156, 202, 217, 218, 229, 290, 309  
Saúde do idoso 123, 147, 207, 292, 295, 296  
Saúde do trabalhador 23, 30, 32, 35, 39, 117, 123  
Saúde mental 21, 23, 24, 28, 33, 35, 43, 123, 147, 224  
Segurança do paciente 28, 79, 84, 85, 91, 92, 94, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 195, 200  
Serviços médicos de emergência 84  
Sexo sem proteção 258  
Sexualidade 169, 257, 259, 262, 264  
Sífilis 45, 46, 47, 50, 52, 53  
Sífilis congênita 45, 46, 47, 50, 52, 53  
Síndrome nefrótica 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 106, 107, 108, 109, 110  
Sofrimento mental 28

## **T**

Tabagismo 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 130  
Técnicos de enfermagem 20, 25, 32, 37, 43, 85, 161, 177, 197, 198, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255  
Trabalho de parto 281, 282, 283, 284, 285, 286, 288, 289, 290

## **U**

Unidade de terapia intensiva 77, 93, 95, 194, 195, 196, 271

## **V**

Velhice 55, 205, 206, 207, 213, 296, 297  
Violência 32, 112, 113, 114, 115, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 161, 178, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 265  
Violência contra a mulher 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 211, 226, 227  
Violência de gênero 150, 152, 154, 155, 156, 157, 217, 225, 227  
Violência doméstica 150, 152, 217, 219, 220, 222, 223, 227

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-812-0



9 788572 478120