

IMPRESSÕES SOBRE O CUIDAR DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADO 2

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)



IMPRESSÕES SOBRE O CUIDAR DE ENFERMAGEM SISTEMATIZADO 2

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editores: Prof^a Dr^a 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

Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof^a Dr^a Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

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

Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof^a Dr^a 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

Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

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
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
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 Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
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 Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof. Me. Heriberto Silva Nunes Bezerra – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Prof^a Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^a Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
l34	<p>Impressões sobre o cuidar de enfermagem sistematizado 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-65-86002-87-4 DOI 10.22533/at.ed.874202204</p> <p>1. Cuidadores. 2. Enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A coleção “Impressões sobre o Cuidar de Enfermagem Sistematizado 2” está estruturada em 2 volumes com conteúdos variados. O volume 1 contém 18 capítulos que retratam ações de saúde por meio de estudos de caso e relatos de experiências vivenciados por estudantes universitários, docentes e profissionais de saúde, além de práticas de pesquisa acerca de estratégias ou ferramentas que envolvem o objetivo do livro. O volume 2 contém 15 capítulos que tratam de pesquisas realizadas constituídas por trabalhos de revisões de literatura.

Sabemos que o cuidar em enfermagem representa empregar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é definida como uma metodologia que organiza toda a operacionalização do Processo de Enfermagem, e planeja o trabalho da equipe e os instrumentos que serão utilizados, de acordo com cada procedimento a ser realizado. E ainda, tem como objetivo de garantir a precisão e a coesão no cumprimento do processo de enfermagem e no atendimento aos pacientes.

A SAE, enquanto processo organizacional é habilitado a oferecer benefícios para o desenvolvimento de métodos e/ou metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Percebe-se, contudo, um cuidado de enfermagem ainda vigorosamente direcionado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar.

Nessa linha de raciocínio, os 18 capítulos aqui presentes traduzem o comprometimento e o engajamento dos leitores ao transformarem informações obtidas em práticas realizadas no Cuidar de Enfermagem Sistematizado.

Deste modo, esta obra expressa uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos autores, bem como seus registros de desafios e inquietações, de forma a favorecer a concepção e direção do conhecimento.

Desejo aos leitores que estes estudos facilitem nas decisões a serem tomadas baseadas em evidências e na ampliação e fortalecimento das ações de saúde já em curso.

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ABORDAGEM DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM OBESIDADE POR MEIO DE VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIENCIA	
Juliana Peixoto dos Santos	
Camila Carla de Souza Pereira	
Aline de Souza Gude	
Márcia Gisele Peixoto Kades	
Teresinha Cícera Teodora Viana	
Ana Celia Cavalcante Lima	
DOI 10.22533/at.ed.8742022041	
CAPÍTULO 2	7
ACERVO ORAL DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: EXPERIÊNCIA POTENTE NA GRADUAÇÃO	
Biannka Melo dos Santos	
Mayra Raquel Fantinati dos Reis	
Helena Pereira de Souza	
Alice Gomes Frugoli	
Fernanda Alves dos Santos Carregal	
Rafaela Siqueira Costa Schreck	
Fernanda Batista Oliveira Santos	
DOI 10.22533/at.ed.8742022042	
CAPÍTULO 3	17
ACURÁCIA DIAGNÓSTICA NA PERSPECTIVA DE GESTÃO DE CARREIRAS SOB A ÓTICA DOS DISCENTES DA SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PRIVADA	
Eder Júlio Rocha de Almeida	
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos	
José Rodrigo da Silva	
Ana Maria de Freitas Pinheiro	
Dejanir José Campos Junior	
Janaina Flister Pereira	
Mariane da Costa Moura	
Ana Paula de Carvalho Rocha	
Rosângela Silqueira Hickson Rios	
DOI 10.22533/at.ed.8742022043	
CAPÍTULO 4	34
ANÁLISE DOS RISCOS À SAÚDE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO SETOR DE RADIOLOGIA	
José Fábio de Miranda	
DOI 10.22533/at.ed.8742022044	
CAPÍTULO 5	42
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL SOB A VISÃO DE ADOLESCENTES GESTANTES	
Silas Santos Carvalho	
Ludmila Freitas de Oliveira	
Jamara Souza Santos	
Maria Vanuzia Santos da Silva	

Muriel Sampaio Neves
Rafael Gonçalves de Souza
Sara Nadja dos Santos Carneiro
Silas Marcelino da Silva
Taiane Pereira da Silva
Thais da Silva Ramos Fonseca
Thais do Lago Silva
Thayssa Carvalho Souza

DOI 10.22533/at.ed.8742022045

CAPÍTULO 6 53

**ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) EM IDOSOS: RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Cassia Lopes de Sousa
Amanda da Silva Guimarães
Bianca Gabriela da Rocha Ernandes
Hanna Ariela Oliveira Medeiros
Jarlainy Taise Calinski Barbosa
Juliana da Silva Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá
Pâmela Mendes dos Santos
Sara Dantas
Taiza Félix dos Anjos
Teresinha Cícera Teodoro Viana

DOI 10.22533/at.ed.8742022046

CAPÍTULO 7 59

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE GESTANTES HIPERTENSAS
SOB ACOMPANHAMENTO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Jociane Cardoso Santos Ferreira
Augusto César Evelin Rodrigues
Jayra Adrianna da Silva Sousa
Paulliny de Araújo Oliveira
Jeíse Pereira Rodrigues
Quelrinele Vieira Guimarães
Luciana Magna Barbosa Gonçalves de Jesus
Jainara Maria Vieira Galvão
Rosângela Nunes Almeida
Lívia Cristina da Silva Paiva
Bruna Lima de Carvalho
Ianny Raquel Dantas Nascimento Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.8742022047

CAPÍTULO 8 68

**CARACTERIZAÇÃO BIOPSISSOCIAL DE IDOSOS COM AFECÇÃO DEMENCIAL
RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Beatriz Alexandra Fávaro
Juliana Maria de Paula Avelar
Andressa Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.8742022048

CAPÍTULO 9 81

CONDIÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES REANIMADOS E CUIDADOS PÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Jean de Jesus Souza
Neuranides Santana
Tami Silva Nunes
Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos
Carina Marinho Picanço

DOI 10.22533/at.ed.8742022049

CAPÍTULO 10 95

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM UM SHOPPING DE CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cássia Lopes de Sousa
Amanda da Silva Guimarães
Bianca Gabriela da Rocha Ernandes
Hanna Ariela Oliveira Medeiros
Jarlainy Taise Calinski Barbosa
Juliana da Silva Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá
Pâmela Mendes dos Santos
Sara Dantas
Taiza Félix dos Anjos
Thayanne Pastro Loth.

DOI 10.22533/at.ed.87420220410

CAPÍTULO 11 101

ESTRESSE OCUPACIONAL NO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Carolina Falcão Ximenes
Gustavo Costa
Mileny Rodrigues Silva
Magda Ribeiro de Castro
Maria Edla de Oliveira Bringuento

DOI 10.22533/at.ed.87420220411

CAPÍTULO 12 114

“O QUE IMPORTA PARA VOCÊ?” - A IMPORTÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DE TRABALHO DENTRO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Milene Lucio da Silva
Adriana Teixeira Reis
Fatima Cristina Mattara Camargo
Elzeni dos Santos Braga
Marcelle Campos Araújo
Maria de Fátima Junqueira-Marinho

DOI 10.22533/at.ed.87420220412

CAPÍTULO 13 133

O SENTIDO E O APRENDIDO POR ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DURANTE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS

José Victor Soares da Silva
Cristiane Chaves de Souza
Patrícia de Oliveira Salgado
Luana Vieira Toledo
Érica Toledo de Mendonça
Willians Guilherme dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.87420220413

CAPÍTULO 14 144

PARTO DOMICILIAR: ESCOLHA E RELATO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR MULHERES E SEUS COMPANHEIROS

Talita Oliveira Silva
Juliana Silva Pontes
Patrícia Regina Affonso de Siqueira
Isis Vanessa Nazareth
Fabricia Costa Quintanilha Borges
Glaucimara Riguete de Souza Soares
Thayssa Cristina da Silva Bello
Meiriane Christine dos Santos Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.87420220414

CAPÍTULO 15 155

PROCESSO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM MICROCEFALIA POR ZIKA VÍRUS EM SERVIÇO DE CUIDADO DOMICILIAR FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz
Ana Flávia Souza Domingos Silva
Fabiana Silva de Arruda
Andréia Lara Lopatko Kantoviski

DOI 10.22533/at.ed.87420220415

CAPÍTULO 16 168

RISCO NA SAÚDE OCUPACIONAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Marli Aparecida Rocha de Souza
Bianca Gemin Ribas
Andrey Zolotoresky Alves
Rucieli Maria Moreira Toniolo

DOI 10.22533/at.ed.87420220416

CAPÍTULO 17 181

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER QUE CONVIVE COM OSTEOARTROSE: ESTUDO DE CASO

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário
Carla Andréa Silva Souza
Alécia Hercídia Araújo
Raquel Linhares Sampaio
Maria Lucilândia de Sousa
Maria Isabel Caetano da Silva

Vitória de Oliveira Cavalcante
Camila da Silva Pereira
Nadilânia Oliveira da Silva
Antônia Elizângela Alves Moreira
Raul Roriston Gomes da Silva
Gleice Adriana Araujo Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.87420220417

CAPÍTULO 18 190

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
IMPLEMENTAÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Gabriela da Cunha Januário
Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro
Marilene Elvira de Faria Oliveira
Andrea Cristina Alves
Aline Teixeira Silva
Beatriz Glória Campos Lago
Jamila Souza Gonçalves

DOI 10.22533/at.ed.87420220418

SOBRE A ORGANIZADORA..... 203

ÍNDICE REMISSIVO 204

ABORDAGEM DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A CRIANÇA COM OBESIDADE POR MEIO DE VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIENCIA

Data de aceite: 31/03/2020

Data de Submissão: 03/01/2020

Juliana Peixoto dos Santos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal.
Cacoal – Rondônia

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8703820758671064>

Camila Carla de Souza Pereira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal.
Cacoal – Rondônia

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8535980428010744>

Aline de Souza Gude

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal.
Cacoal – Rondônia

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5326255974378581>

Márcia Gisele Peixoto Kades

Enfermeira do Estratégia de Saúde da Família,
Secretaria Municipal de Saúde.
Jaru – Rondônia

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4593334643227399>

Teresinha Cícera Teodora Viana

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal.
Cacoal – Rondônia

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0617192065336447>

Ana Celia Cavalcante Lima

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal.
Cacoal – Rondônia

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0035856038907899>

RESUMO: A obesidade é considerada atualmente um problema de saúde pública que acomete diferentes faixas etárias. A obesidade na infância tem crescente importância por ser uma condição bastante problemática para o indivíduo, pois está associada com várias condições mórbidas como diabetes mellito, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, cardiopatias, doenças cardiovasculares e problemas ortopédicos e posturais. Este trabalho objetivou descrever experiência vivida por acadêmicas do 6º período de enfermagem nas ações educativas frente à criança obesa. Estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, de natureza a resultante da atividade prática desenvolvida através do projeto de iniciação científica da disciplina de gerenciamento da assistência de enfermagem com enfoque na saúde da criança. Foi realizada abordagem por meio de visita domiciliar a criança obesa cadastrada em uma Unidade Básica de Saúde no município de Cacoal/RO. Na entrevista com a mãe da criança foi possível coletar dados sobre o histórico alimentar, a mesma referiu práticas esportivas saudável informou que os hábitos alimentares são inadequados. A criança apresenta resistência para consulta motivo pelo qual nunca foi submetido a exames laboratoriais, hiperatividade e ansiedade tem histórico familiar para obesidade, HAS e DM. Após a visita no domicílio e orientada sobre os

riscos que a criança apresenta sobre sua condição nutricional a mãe procurou a UBS e a criança se encontra em acompanhamento com equipe multidisciplinar. Conclui-se que existe a necessidade de implementação de intervenções a crianças com obesidade, seja na unidade ou no domicílio, visto que na infância é a fase na qual devem ser tomados os primeiros cuidados em relação à obesidade, principalmente quando a criança já apresenta predisposição genética.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade infantil. Visita domiciliar. Enfermagem.

APPROACH OF NURSING STUDENTS THE CHILD WITH OBESITY THROUGH HOME VISIT: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: Obesity is currently considered a public health problem that affects different age groups. Obesity in childhood is of increasing importance as it is a very problematic condition for the individual, as it is associated with several morbid conditions such as diabetes mellitus, systemic arterial hypertension, dyslipidemia, heart disease, cardiovascular disease and orthopedic and postural problems. This study aimed to describe the experience lived by students of the 6th nursing period in the educational actions against the obese child. Descriptive study, in the form of experience reporting, resulting from the practical activity developed through the project of scientific initiation of the discipline of nursing care management focusing on child health. An approach was performed through home visits to the obese child registered in a UBS in the city of Cacoal/RO. In the interview with the mother of the child it was possible to collect data about the eating history, he said healthy sports practices reported that eating habits are inadequate. The child has resistance to consultation, which is why he has never been submitted to laboratory tests, hyperactivity and anxiety. He has a family history of obesity, hypertension and DM. After visiting at home and oriented on the risk that the child presents about his nutritional condition, the mother sought the UBS and the child is in follow-up with a multidisciplinary team. It is concluded that there is a need to implement interventions for obese children, either at the unit or at home, since in childhood is the phase in which the first care in relation to obesity should be taken, especially when the child is already predisposed. genetics.

KEYWORDS: Childhood obesity. Home visit. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A obesidade é descrita como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. O excesso de peso e a obesidade constituem o segundo fator de risco mais importante para a carga global de doenças e estão associados com várias doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, câncer de cólon, de reto e de mama, cirrose, entre outras (ANS, 2017).

São consideradas com excesso de peso pessoas com índice de massa corporal

(IMC) igual ou acima de 25, e obesas as que possuem IMC igual ou acima de 30. O resultado é obtido pela divisão do peso do indivíduo pela altura ao quadrado (ANS, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) o excesso de peso na infância aumenta o risco de obesidade na adolescência e conseqüentemente na vida adulta, com graves conseqüências para a saúde. O aumento da incidência da obesidade pode ter impacto na expectativa de vida a ponto de interromper sua tendência de crescimento. Compreender as relações entre hipertensão e obesidade em adolescentes e diferentes características socioeconômicas e comportamentais pode ajudar na elaboração de estratégias mais eficazes de prevenção da obesidade em jovens, de forma a reduzir suas complicações, entre elas a hipertensão arterial, e garantir não só a tendência de crescimento da expectativa de vida, mas também a qualidade de vida das futuras gerações.

A obesidade é considerada o distúrbio nutricional mais comum na infância. O aumento crescente do número de obesos no mundo indica a grande participação do ambiente na gênese da doença, com hábitos dietéticos, sedentarismo e fatores psicossociais, responsáveis por 95% dos casos (ANS, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), o número de crianças e adolescentes (de 05 a 19 anos) obesos em todo o mundo aumentou dez vezes nas últimas quatro décadas.

Sabe-se que a obesidade é uma doença crônica, multifatorial, recidivante e muitas vezes silenciosa, e se não prevenida e cuidada corretamente, tem um impacto devastador na vida do indivíduo, bem como na economia do País. A prevenção e o tratamento da obesidade se caracterizam por uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar (BRASIL, 2017). Vários fatores podem contribuir para causar a obesidade, como: doenças endocrinológicas, alterações genéticas, idade, ausência de atividade física e comportamento alimentar alterado e inadequado, entre outros. (BAYER et al, 2010)

Na infância, o manejo pode ser ainda mais difícil do que na fase adulta, pois está relacionado a mudanças de hábitos e a disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade. Isso evidencia que, além da herança genética, a influência ambiental também acaba desempenhando papel importante no desenvolvimento da obesidade. (BAYER et al, 2010)

Faz-se necessário que seja enfrentada por meios de todos os setores que estão envolvidos, no seio familiar onde a criança cria seus hábitos alimentares, na escola que é o local onde ela irá obter conhecimento e assim formar parte de seu desenvolvimento, ou seja, um conjunto de ações envolvendo a vida escolar, familiar em conjunto com os profissionais da saúde, equipe que irá conduzir a intervenção para enfrentamento da doença (TIMM, 2018).

Destarte, o objetivo do estudo foi descrever a experiência das acadêmicas frente ao caso de obesidade acompanhado onde pode-se verificar o estilo de vida da criança, fatores de risco e o histórico familiar, sendo capaz de nortear a genitora acerca da condição de saúde da criança e incentivá-la a buscar acompanhamento profissional.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, de natureza a resultante de atividade prática desenvolvida por meio do Projeto de Iniciação Científica – PIC, da disciplina de Gerenciamento da Assistência de Enfermagem com enfoque em saúde da criança.

Foi realizada abordagem por meio de visita domiciliar a criança obesa cadastrada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Cacoal/RO.

Para a coleta de dados, utilizou-se questionário não estruturado, elaborado pelas próprias acadêmicas, contendo perguntas subjetivas referente ao quadro da criança, as rotinas, aos hábitos alimentares, principais alimentos consumidos, condições associadas e conhecimento dos riscos associados.

Posteriormente foram discutidos com a genitora, os principais riscos associados a condição, e as principais medidas para controle da obesidade, como a prática de atividades físicas e a necessidade de uma reeducação alimentar da criança.

3 | RELATO DE EXPERIENCIA

A abordagem foi realizada pelas acadêmicas do 6º período de enfermagem, durante atividades práticas na disciplina de Gerenciamento da Assistência de Enfermagem, em uma Unidade Básica de saúde, realizaram visita domiciliar a uma criança portadora de obesidade infantil.

No momento da visita, foram recebidas na residência pela genitora do menor. As acadêmicas estavam acompanhadas pela orientadora e docente da disciplina.

Na entrevista com a mãe da criança foi possível coletar dados sobre o histórico alimentar, a mesma referiu que a criança pratica recreação por meio de interação com outras crianças próximas, bem como aula de educação física no período escolar, em contrapartida informou que os hábitos alimentares são inadequados, horários de alimentação irregulares, além do mais, ingestão de alimentos multiprocessados e industrializados. A criança apresenta resistência para consulta motivo pelo qual nunca foi submetido a exames laboratoriais, apresenta também hiperatividade e ansiedade tem histórico familiar para obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Após a visita no domicílio, e orientações acerca dos riscos que a

criança apresenta sobre sua condição nutricional e predisposição de comorbidades na fase adulta, tal como HAS e DM a mãe procurou a UBS e a criança encontra-se em acompanhamento com equipe multidisciplinar.

A atividade realizada teve por objetivo explicar a mãe e a criança todos os possíveis danos que a obesidade infantil pode acarretar ao longo da vida da criança e a importância de intervir ainda na infância, fase em que ainda é possível prevenir patologias futuras, reforçando a necessidade de mudanças nos hábitos familiar, levando em consideração que membros da mesma família estão expostos a hábitos culturais e dietéticos que acabam influenciando, sobremaneira, o ganho de massa corporal.

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que existe a necessidade de implementação de intervenções a crianças com obesidade, seja na unidade ou no domicílio, visto que a infância é a fase na qual devem ser tomados os primeiros cuidados em relação à obesidade, principalmente quando a criança já apresenta predisposição genética. Os objetivos da proposta inicial foram alcançados, trazendo resultados satisfatórios visto que a criança e mãe se encontra em acompanhamento multidisciplinar e acolheu de forma positiva as orientações realizadas.

Percebido a importância do tema explanado e os bons resultados encontrados, julga-se pertinente o incentivo à continuidade de estudos e pesquisas na área, por tratar-se de um campo fértil e de suma relevância, ao mesmo tempo, carente de trabalhos específicos.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. – Rio de Janeiro : ANS, 2017.

BAYER, Aline Attene de Almeida; VASCO, Camila Carrascoza; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida and TEIXEIRA, Cristina Jeldes Carrascosa. **Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2010, vol.30, n.4, pp.868-881. ISSN 1414-9893.

SAÚDE, Organização Mundial da; SAÚDE, Organização Pan-Americana da. Obesidade entre crianças e adolescentes aumenta dez vezes em quatro décadas, revela estudo do Imperial College London e da OMS. Brasil.2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820. Acesso em 01 de janeiro de 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: SBP, 2012. 142 p.

TIMM, Emerson Machado. Obesidade Infantil: Plano De Intervenção Para Incluir Educação Nas Escolas Sobre A Obesidade Infantil No Município De Breu Branco-PA. (Trabalho de Conclusão de Curso) Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal do Pará. 2018.

ACERVO ORAL DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: EXPERIÊNCIA POTENTE NA GRADUAÇÃO

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 05/02/2020

Biannka Melo dos Santos

Escola de Enfermagem - Universidade Federal de
Minas Gerais

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2045236958624853>

<https://orcid.org/0000-0002-4106-9261>

Mayra Raquel Fantinati dos Reis

Escola de Enfermagem - Universidade Federal de
Minas Gerais

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/6557431945757882>

<https://orcid.org/0000-0003-2522-0053>

Helena Pereira de Souza

Escola de Enfermagem - Universidade Federal de
Minas Gerais

Belo Horizonte - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/8573929625401931>

<https://orcid.org/0000-0001-6895-1820>

Alice Gomes Frugoli

Escola de Enfermagem - Universidade Federal de
Minas Gerais

Belo Horizonte - Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/7970660336944691>

<https://orcid.org/0000-0003-0000-7205>

Fernanda Alves dos Santos Carregal

Escola de Enfermagem - Universidade Federal de
Minas Gerais

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/1390412938205001>

<https://orcid.org/0000-0001-7777-1610>

Rafaela Siqueira Costa Schreck

Universidade Federal de Minas Gerais, Programa
de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem.

Belo Horizonte – Minas Gerais

<https://orcid.org/0000-0001-5251-3973>

<http://lattes.cnpq.br/0896885455449951>

Fernanda Batista Oliveira Santos

Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem, Departamento de Enfermagem
Básica

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://orcid.org/0000-0002-8523-0547>

<http://lattes.cnpq.br/9151652846333628>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência de transcrição de entrevistas de personalidades da Enfermagem mineira, docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que compõem o acervo oral do Centro de Memória da Escola. **Método:** Relato de experiência produzido por bolsistas de iniciação científica do projeto de pesquisa “Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: pioneira na oferta de pós-graduação em Enfermagem em Minas Gerais”. **Resultados:** Ao entrar em contato com os documentos orais do Centro de Memória é possível conhecer trajetórias pessoais e profissionais de sujeitos

históricos que contribuíram com a profissionalização da Enfermagem mineira e brasileira. À medida que se faz transcrição e tratamento dos dados, tem-se contato com outras histórias, não relatadas nos documentos oficiais, permitindo compreender a evolução da Instituição. Especialmente neste projeto, tem sido possível delinear com mais clareza como a Escola de Enfermagem estruturou seu Programa de Pós-Graduação. Pode-se afirmar que as iniciativas de especialização lato sensu são da década de 1950 e as stricto sensu só foram possíveis em 1994, mediante um convênio firmado com a Universidade Federal de São Paulo para capacitação do corpo docente.

Considerações Finais: O estudo da História da Enfermagem contribui para a visão crítica e delineamento dos processos que profissões e instituições passaram para chegar ao status atual. Esta vivência com as lutas do passado permite vislumbrar um futuro ainda mais potente para a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e para a própria trajetória dos estudantes de graduação em Enfermagem envolvidos neste processo.

PALAVRAS-CHAVE: História da Enfermagem, Escolas de Enfermagem, Educação Superior.

ORAL COLLECTION OF THE NURSING SCHOOL OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF MINAS GERAIS: A POWERFUL GRADUATION EXPERIENCE

ABSTRACT: Objective: To report the transcription experience of interviews of personalities of Minas Gerais Nursing, professors of the Nursing School of the Federal University of Minas Gerais, who compose the oral collection of the School Memory Center. **Method:** Experience report produced by undergraduate scholarship students of the research project “School of Nursing at Federal University of Minas Gerais: pioneer in offering postgraduate nursing in Minas Gerais”. **Results:** By contacting the Memory Center oral documents, it is possible to know personal and professional trajectories of historical subjects who contributed to the professionalization of Minas Gerais and Brazilian Nursing. As data are transcribed and processed, contact with other stories not reported in the official documents allows us to understand the evolution of the institution. Especially in this project, it has been possible to delineate more clearly how the School of Nursing has structured its Graduate Program. Preliminarily, it can be said that the lato sensu initiatives are from the 1950s and stricto sensu were only possible in 1994, by means of an agreement signed with the Federal University of São Paulo to train faculty. **Final Considerations:** The study of the History of Nursing contributes to the critical vision and delineation of the processes that professions and institutions went through to reach the current status. This experience with the struggles of the past allows us to glimpse an even more potent future for the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais and for the very trajectory of undergraduate Nursing students involved in this process.

KEYWORDS: History of Nursing, Schools, Nursing, Education, Higher

1 | INTRODUÇÃO

A pesquisa em história da enfermagem possibilita, além de outros aspectos, uma compreensão da atual realidade da profissão. Ao passo que se conhece as origens da profissão, é possível traçar uma linha de pensamento que apresenta os principais marcos e conhecimento dos principais personagens que contribuíram para que a profissão se tornasse sistematizada e conquistasse, cada vez mais, espaço dentro da ciência da área da saúde, se mostrando mais presente dentro do cuidado, seja ele por meio da pesquisa, assistência ou gerenciamento (MARINELLI et al., 2017).

Além disso, quando se trabalha com história, o escopo vai muito além da possibilidade de se traçar e conhecer as trajetórias da profissão, é possível compreender o contexto socioeconômico, cultural e político que estas estão envolvidas, o que diz muito sobre as facilidades e dificuldades para se obter a ascensão da profissão em uma visão mais ampla. O contato com arquivos documentais e orais possibilitam o resgate da memória, bem como novos olhares a respeito do percurso da profissão contribuindo para o seu devir (TEODOSIO et al., 2016).

Os processos institucionais também estão interligados ao contexto histórico social, com a crescente demanda de saúde pública no estado de Minas Gerais e em outras regiões do Brasil, viu-se a necessidade de se criar Escolas de Enfermagem para atender a essas condições de saúde, como é o caso da criação da Escola Carlos Chagas, atual Escola de Enfermagem da UFMG. Sua criação se deu a partir de um acordo entre a Faculdade de Medicina e órgãos governamentais na tentativa de sanar essas demandas de saúde pública e no campo hospitalar. Nesse sentido, a Escola de Enfermagem buscou meios de promover conhecimento para a formação desses profissionais, que posteriormente, as escolas de enfermagem de outras regiões estabeleceram parcerias para compartilhar tais conhecimentos (SANTOS et al., 2018).

Vale ressaltar que a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) é palco de grande influência para a enfermagem brasileira, por ser a primeira escola situada fora do estado do Rio de Janeiro e que adotou o molde da Escola Anna Nery, que foi a primeira a seguir o modelo anglo-americano de enfermagem (SANTOS et al., 2018).

O Centro de Memória da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (CEMENF UFMG), criado efetivamente em 2006, possui um significativo patrimônio de documentos arquivados, que contam a história da Escola de Enfermagem da UFMG desde sua criação em 1933, como também suas relações com a Faculdade de Medicina, desde sua anexação, em 1950, até a sua desanexação em 1968 para se tornar uma unidade autônoma dentro da Universidade (SANTOS et

al., 2018). Todos esses processos e documentos oficiais da Escola estão preservados no CEMENF, que é considerado um espaço de valorização e preservação da história da enfermagem mineira e brasileira.

De acordo com registros do próprio Centro, a guarda de documentos históricos datam de 1980, desde então, todo o acervo é arquivado em um espaço próprio e aberto à consulta pública. Diante desse cenário, pesquisas sobre história da Enfermagem e da própria instituição começaram a ser realizadas tendo como base documentos arquivados no Centro, como é o caso do presente artigo (SANTOS et al., 2018).

A pesquisa sobre a história da enfermagem possibilitou aos alunos de iniciação científica, o conhecimento sobre as trajetórias da profissão no âmbito nacional a partir da visão dos próprios personagens envolvidos nesse processo. Uma potente experiência para esses discentes, já que tiveram a oportunidade de ter contato pessoal com alguns desses docentes o que significa uma troca de conhecimento valiosa que poderá refletir positivamente no percurso acadêmico desses estudantes que terão como base de formação a valorização da profissão já que o contato com essas histórias favorecem isso.

Acredita-se que experiências de trato com a pesquisa, desde a graduação, são importantes para apoiar a formação do enfermeiro que depende de uma constante atualização para certificar-se junto ao mercado; e ainda que o compartilhamento de trabalhos como este podem fomentar junto a outras escolas o cuidado de proteção de suas memórias por meio de seus acervos.

Diante disso, este estudo tem como objetivo descrever as experiências das alunas de graduação em Enfermagem quanto ao tratamento e transcrição de entrevistas de personagens da enfermagem mineira, docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Cujo arquivos são encontrados no Centro de Memória da própria Escola.

2 | MÉTODO

2.1 O projeto “Escola de Enfermagem da UFMG: pioneira na oferta de pós-graduação em Enfermagem em Minas Gerais”

Com o objetivo de preservar a história da Escola da Escola de Enfermagem da UFMG, pioneira na oferta de cursos de pós-graduação nesta área no estado de Minas Gerais, o projeto busca empreender a organização do acervo referente a pós-graduação, depositado no Centro de Memória da Escola.

2.2 A iniciação científica e o grupo de trabalho

As universidades federais brasileiras têm buscado manter a tradicional formação

na pesquisa, oportunizando aos alunos de graduação a inserção em projetos e trabalhos científicos (PADILHA; BORENSTEIN; CARVALHO et al., 2012). Neste sentido, a Escola de Enfermagem da UFMG preza pela iniciação científica ainda na graduação e o projeto que trabalha a história da sua pós-graduação, além de ser temática de um trabalho de mestrado em enfermagem a ser defendido em 2021, conta com o apoio de alunos do curso de enfermagem com bolsa e em atividade voluntária e uma docente da Escola de Enfermagem, coordenadora do projeto e subcoordenadora do Centro de Memória.

Os alunos que compõem a força de trabalho do projeto estão nos mais diversos períodos: 3º, 7º, 9º. Para participar do processo de seleção para as vagas de iniciação científica, é exigido do discente ter cursado a disciplina “Enfermagem no contexto histórico e social” que atualmente está presente no 1º período do currículo de graduação em enfermagem.

O grupo participa de reuniões mensais com o intuito de socializar as informações obtidas quando da organização e tratamento do acervo que constituem a transcrição de entrevistas que compõem o acervo oral e tratamento e análise dos dados.

2.3 Relato da experiência de graduandos

Este trabalho centrou-se na exposição da experiência que vem sendo relatada pelos alunos de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG, bolsistas e voluntários, nas reuniões mensais do grupo de trabalho.

3 | RESULTADOS

Além de alimentar e enriquecer o Centro de Memória da Escola de Enfermagem da UFMG (CEMENF UFMG), o acervo oral foi incorporado a partir do tratamento e transcrições das entrevistas de personagens da própria instituição ou que tiveram relações com ela. Também oferece a continuidade às pesquisas sobre história da enfermagem tornando-a uma ciência viva, a partir de histórias contadas por indivíduos que contribuíram com o processo histórico.

As transcrições das entrevistas possibilitaram uma aproximação da história da enfermagem com os alunos de graduação em enfermagem, oportunizando enriquecer o conhecimento dos mesmos e suas percepções acerca da evolução na qual a sistematização da enfermagem passou e ainda passa. Além disso, viabilizou conhecer os testemunhos e trajetórias pessoais e profissionais de sujeitos históricos que foram fundamentais para a formação da identidade da EEUFMG, como também, novas percepções a respeito das fases e evoluções pelas quais passaram a Enfermagem mineira e brasileira.

Por meio das transcrições, tornou-se possível conhecer em maiores detalhes a vivência dos docentes dentro da instituição nos mais variados períodos. A linha do tempo desses personagens se liga à linha do tempo da escola, sendo possível conhecer, além do próprio entrevistado, outras personalidades que fizeram parte da história e clarificar suas contribuições nos processos de formação e consolidação dos cursos de graduação e pós-graduação, que tinham como premissa ir além da simples formação de enfermeiros, mas sim, o desejo de fazer crescer a profissão com área de saber científico.

Ademais, esse projeto de iniciação científica possibilitou delinear, com mais clareza, as evoluções da sistematização da enfermagem e como a escola consolidou o seu programa de pós-graduação. Preliminarmente, pode-se afirmar que as iniciativas *lato sensu* são da década de 1950 e as *stricto sensu* só foram possíveis em 1994. Foi possível tomar conhecimento de todos os processos e parcerias que tornaram estes programas realidade, também as justificativas para que a Escola de Enfermagem da UFMG se tornasse pioneira na oferta de pós-graduação em Minas Gerais.

As entrevistas transcritas relatam o processo no qual a escola se encontrava e as ações que culminaram na abertura e estruturação do programa de pós-graduação, um dos principais marcos para a enfermagem mineira. A exemplo disso, as docentes entrevistadas contam como ocorreu a parceria da Escola de Enfermagem da UFMG com a Universidade Federal de São Paulo, resultando em um convênio entre ambas, que visava a formação do corpo docente da instituição mineira para que, dessa forma, fosse possível dar continuidade aos trabalhos de qualificação dessas professoras que, posteriormente, estariam lecionando nos cursos de pós-graduação.

Além disso, a EEUFMG contou com projetos de grande relevância como o Programa de Desenvolvimento da Enfermagem (PRODEN), que teve como sede a própria escola. Um dos objetivos do PRODEN era a qualificação em rede, tendo como foco a qualificação dos docentes de outras Escolas de Enfermagem do Estado de Minas Gerais, além de proporcionar a criação de escolas de nível técnico. Ou seja, este programa contribuiu para a disseminação do conhecimento da enfermagem, bem como o seu crescimento como profissão e ciência.

Esses documentos transcritos apresentam as principais linhas de pesquisas que foram implementadas ao longo do programa de pós-graduação. Permitindo compreender todo contexto histórico, as necessidades e motivações que foram aparecendo ao longo dos anos, segundo uma visão crítica dos docentes inseridos na realidade dos processos históricos vivenciados, cujo objetivos eram elevar a qualidade do ensino e da produção científica.

Além da visão crítica, já como docentes, os entrevistados também contaram sobre suas trajetórias na instituição enquanto alunos, vale ressaltar que alguns

relatos sobre o cotidiano desses docentes não constam em documentos oficiais da Escola, contudo apresentaram um ponto de vista de quem fazia parte desses processos pelos quais a EEUFMG passou, expondo sobre a dinâmica e modelo de ensino que eram utilizados, nos possibilitando adentrar na real história vivida por esses personagens.

4 | DISCUSSÃO

O levantamento da historiografia do processo de criação e consolidação da pós-graduação em Enfermagem da EEUFMG aponta os delineamentos da profissionalização da Enfermagem mineira e permite a visibilidade dos atores sociais que participaram da constituição dessa história.

Considerando a multiplicidade de narrativas, cabe aos bolsistas de iniciação científica analisar criteriosamente e considerar a fonte oral como um registro histórico, confrontando com outras fontes de pesquisa para que o depoimento não seja considerado uma verdade absoluta da realidade, devido à influência das perspectivas individuais, visões de mundo distintas e experiências que compõe os fragmentos do resgate da história (DAVID, 2013); (DELGADO, 2010).

O resgate histórico realizado no CEMENF tem contribuído na construção da percepção da identidade institucional e do próprio processo de institucionalização da pós-graduação como um instrumento que favorece o avanço do conhecimento da enfermagem. A busca pela compreensão da história da criação da pós-graduação da Enfermagem da EEUFMG é um importante movimento a ser realizado, visto que a Escola, ao longo da sua história, tem contribuído com a formação profissional da enfermagem no Estado de Minas Gerais, assumindo o protagonismo na formação de enfermeiros e na oferta da pós-graduação no Estado (SANTOS, 2018).

o processo de organização do acervo, coleta e análise dos dados é necessário compreender a pós-graduação como um instrumento de profissionalização que concede o conhecimento formal, possibilitando a valorização social e poder profissional no mercado de trabalho.

De acordo com o sociólogo Eliot Freidson os indivíduos recorrem à obtenção do conhecimento especializado na universidade para alcançar a consequente autonomia, necessária para a detenção do poder na realização da prática profissional (FREIDSON, 1998).

Freidson aponta que há um dinamismo na hierarquização das profissões, o mercado de trabalho exige o maior nível de qualificação profissional. Desse modo, evidencia-se a importância da criação da pós-graduação como uma necessidade formativa dos profissionais (FREIDSON, 1996).

A trajetória histórica da enfermagem é marcada por movimentos em busca do reconhecimento profissional, os estudos apontam que atualmente o fortalecimento do processo de profissionalização está fortemente atrelado ao aprofundamento dos conhecimentos científicos (PESSALÁCIA, 2019); (SILVA; SILVA, 2019); (OGUISSO; TSUNECHIRO, 2005). Assim, a universidade assume uma responsabilidade institucional neste processo, somando esforços para a implantação de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem (OGUISSO; TSUNECHIRO, 2005).

A literatura apresenta um crescimento expressivo da pós-graduação em Enfermagem no Brasil, diante da necessidade de qualificar profissionais aptos para a realização de cuidados de enfermagem, gestão e também para o exercício da docência (PESSALÁCIA, 2019).

Para Freidson (2009), o discurso profissional é legitimado pela obtenção do conhecimento especializado, garantindo as credenciais necessárias para a atuação no mercado de trabalho. Assim, houve uma crescente busca pelo reconhecimento da identidade profissional por meio da exclusividade do desempenho de determinada competência (ANGELIN, 2010).

A cooperação interinstitucional nacional e internacional é um fator preponderante para o fortalecimento da pós-graduação (PRIMO; FURIERI, 2019); (PESSALÁCIA, 2019). Corroborando o exposto, a análise dos documentos do acervo da EEUFMG demonstra que a busca de novos caminhos para a formação dos enfermeiros por meio da criação da Pós-Graduação na EEUFMG em 1994 e a oferta de ensino, pesquisa e extensão (tripé das Universidades Federais) exigiram vínculos interinstitucionais, dentre eles evidencia-se o convênio firmado com a Universidade Federal de São Paulo que muito contribuiu com a formação do corpo docente da Escola (SANTOS, 2018).

A articulação da pesquisa histórica sobre a institucionalização da pós-graduação da EEUFMG com a abordagem freidsoniana, revisitada neste artigo, permite a análise da pós-graduação como um instrumento que fortalece a profissionalização da Enfermagem.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo da História da Enfermagem contribui para a visão crítica e delineamento dos processos que profissões e instituições passaram para chegar ao status atual. Esta vivência com as lutas do passado permite vislumbrar um futuro ainda mais potente para a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e para a própria trajetória dos estudantes de graduação em Enfermagem envolvidos neste processo.

A familiarização dos bolsistas de iniciação científica com o acervo oral da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais possibilita a formação de uma nova geração de pesquisadores aptos para novas reflexões e questionamentos acerca da profissão, fortalecendo os estudos de natureza sócio-histórica.

REFERÊNCIAS

ANGELIN, Paulo Eduardo. **Profissionalismo e profissão**: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. REDD – Revista Espaço de Diálogo e Desconexão. v.3, n.1, p.1-16, 2010.

DAVID, Priscila. **História Oral**: Metodologia do Diálogo. São Paulo: Unesp, v.9, n.1, p.157-170, 2013.

DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **História oral**: memória, tempo, identidades. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. Trad. André de Faria Pereira Neto e Kvieta Brezinova de Moraes. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

FREIDSON, Eliot. **Para uma análise comparada das profissões**: a institucionalização do discurso e conhecimento formais. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n.31, p.141-154, 1996.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: EDUSP, 1998.

MARINELLI, Natália Pereira, et al. **The meaning of the nursing history for vocational training**. Revista de Enfermagem da UFPI, v.6, n.1, p.61-64, 2017.

OGUISSO, Taka; TSUNECHIRO, Maria Alice. **História da Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. Revista Escola de Enfermagem da USP, v.39, n. esp, p.522-534, 2005.

PADILHA, Maria. Itaira; BORENSTEIN, Miriam Susskind; CARVALHO, Maria Aline Lima, et al. **Grupos de pesquisa em história da enfermagem**: a realidade brasileira. Rev Esc Enferm USP, v. 46, n.1, p.192-9, 2012.

PESSALÁCIA, Juliana Dias Reis. **Perspectivas e desafios para os novos programas de mestrado em enfermagem no Brasil**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v.9, 2019.

PRIMO, Cândida Caniçali; FURIERI, Lorena Barros. **Desafios e contribuições do programa de pós-graduação profissional stricto sensu em enfermagem para a formação de enfermeiros pesquisadores**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v.9, 2019.

SANTOS, Fernanda Batista Oliveira, et al. **História da enfermagem brasileira (1950-2004)**: o que tem sido discutido na literatura? Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v.8, 2018.

SANTOS, Fernanda Batista Oliveira. **A trajetória histórica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**: desdobramentos da federalização 1950- 2004. 195f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

SILVA, Larissa Chaves Pedreira; SILVA, Gilberto Tadeu Reis da. **Contribuições e desafios do programa de pós-graduação stricto sensu em enfermagem**. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v.9, 2019.

TEODOSIO, Sheila Saint-Clair da Silva, et al. **A história oral e a pesquisa documental como itinerário de pesquisa na enfermagem: um estudo bibliométrico (2000-2014)**. Escola Anna Nery, v.20, n.4, 2016.

ACURÁCIA DIAGNÓSTICA NA PERSPECTIVA DE GESTÃO DE CARREIRAS SOB A ÓTICA DOS DISCENTES DA SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PRIVADA

Data de aceite: 31/03/2020

Eder Júlio Rocha de Almeida
Arthur Guimarães Gonçalves dos Santos
José Rodrigo da Silva
Ana Maria de Freitas Pinheiro
Dejanir José Campos Junior
Janaina Flister Pereira
Mariane da Costa Moura
Ana Paula de Carvalho Rocha
Rosângela Silqueira Hickson Rios

RESUMO: Introdução: Atualmente, a carreira tem enfrentado diversas inovações, em decorrência da economia, políticos e contextos sociais. Tais mudanças justificam-se em detrimento ao avanço tecnológico, globalização, processo de comunicação, terceirização, desemprego (PEREZ, 2011). Torna-se relevante refletir e traçar um planejamento de carreira, de forma a encontrar uma maneira de colocar em prática, ter a atitude de mover-se rumo à concretização dos objetivos tanto pessoais quanto profissionais. **Objetivo:** Descrever a percepção sobre a gestão de carreira, vista pelos formandos da área de saúde em uma universidade privada de Belo Horizonte. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com a finalidade de obter resultados respondendo a problemática norteadora deste estudo. Foram incluídos

todos alunos do último período dos cursos: Enfermagem, Fisioterapia e odontologia de uma universidade privada de Belo Horizonte ao qual responderam um questionário semiestruturado. **Resultados:** Gênero 59% dos alunos são do sexo feminino e 41% masculino; Idade 47% dos alunos estão na faixa etária de 25 anos; Atuantes na área 38% estão ativos; 93% destes alunos estão cursando a primeira graduação; 52% Possui renda entre 1001 a 2000 reais, sendo que 37% possui vínculo empregatício de 1 a 3 anos de permanência, 61% nunca fizeram teste vocacional e ou nunca participaram de uma gestão de carreiras efetiva. **Resultados:** Nos tempos atuais, são visíveis as importantes mudanças no cenário de trabalho. Esta pesquisa alcançou os objetivos propostos, evidenciando o empenho dos formandos na área de saúde, porém, ao contrário do esperado, notou-se que a iniciativa individual de desenvolver a carreira está insatisfatória.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de carreira; aluno; saúde.

1 | INTRODUÇÃO

No cenário atual, no que diz respeito a carreira tem enfrentado diversas inovações no que tange as suas concepções, em decorrência dos acontecimentos econômicos, políticos

e sociais. Tais mudanças são justificadas em detrimento ao avanço tecnológico, globalização, agilidade no processo de comunicação, terceirização, sobreposição de funções, aumento da expectativa de vida, desemprego dentre outros (PEREZ, 2011).

Diante deste contexto, é relevante refletir e traçar um planejamento de carreira, de forma a encontrar uma maneira de colocar em prática, ter a atitude de mover-se rumo à concretização dos objetivos tanto pessoais quanto profissionais.

No Brasil, o planejamento de carreira individual por parte dos próprios trabalhadores ainda é incipiente quando comparado com países de primeiro mundo (LUCENA, 1995). As tomadas de decisões dos profissionais frequentemente são pautadas em aspectos externos como remuneração, status e estabilidade (DUTRA, 2002).

Este comportamento é justificável devido ao alto grau de instabilidade no emprego em cargos mais qualificados e pela condição econômica predominante no Brasil (DUTRA, 2002). Mas, deve-se esperar um quadro diferente ao se investigar os formandos da área da saúde de uma universidade? Estes possuem algum conhecimento sobre gestão de carreira?

O marco histórico, que ilustra a transposição para a sociedade pós-industrial, é identificado por várias transformações em campos sociais, enfatizando-se entre eles o trabalho (DEMASI, 2000).

As mudanças na base da sociedade industrial irão ampliar e diversificar os caminhos a serem seguidos profissionalmente, aumentando a complexidade das decisões sobre a carreira (para aqueles que possuem a possibilidade efetiva de planejar a carreira (VIEIRA; MIANO, 2012).

A rapidez com a qual se lida com as repentinas mudanças, ocasionadas principalmente pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm impulsionado os gestores modernos a enfrentarem um contexto incerto. Nesse particular, as ditas organizações e carreiras sem fronteiras aparecem como aquelas que incitam nos indivíduos o desenvolvimento da capacidade de pensarem e atuarem o trabalho, além dos espaços organizacionais regulares. Trata-se de se observar os diferentes conjuntos de experiências, redes sociais e de informações, que irão compor as relações de trabalho da contemporaneidade (COELHO, 2006, p.94)

Diante da mutabilidade do ambiente socioeconômico e de suas perspectivas, é acordado que a posição proativa e a visão estratégica na gestão de carreira são atributos favoráveis para àqueles que planejarem sua trajetória profissional (SANTOS, 2001). Para Uris (1989), o autoconhecimento e a análise do ambiente organizacional são pressupostos à realização de um planejamento eficaz, corroborando a importância da etapa de análise situacional.

A identificação da existência de algum planejamento de carreira por parte dos

formandos dos cursos de saúde em uma instituição privada de belo horizonte - MG, frente a estas mudanças supracitadas, foi definida como o objetivo principal do trabalho.

Visando desvelar a percepção real dos acadêmicos, o estudo foi desdobrado em três etapas, a fim de possibilitar conclusões mais refinadas:

1º etapa - foi verificado se os formandos possuem algum conhecimento sobre metodologias de planejamento de carreira, e se acreditam na sua eficácia.

2º etapa - Validação dos resultados obtidos por Lucena (1995) e Dutra (2002) de que, no Brasil, ainda não há o hábito ou a iniciativa consciente de planejar individualmente a carreira na amostra selecionada.

3º etapa averiguado se os formandos utilizam algum instrumento para promover um nível de autoconhecimento mais substancial.

Deste modo, este trabalho visa mensurar quantos formandos já possuem seu futuro profissional provisionado através de um plano de carreira. Se os discentes têm definido a área de atuação ou empresa que querem seguir em sua trajetória profissional. Se mensuram ou não, em quanto tempo alcançarão seus objetivos, e se caso já possuem um plano de carreira de que maneira o fizeram.

Tais objetivos são idealizados a partir da seguinte pergunta de partida: Quais as perspectivas e paradigmas dos formandos nos cursos de saúde em uma universidade privada em relação à gestão de sua carreira?

A pesquisa justifica-se por sua grande relevância para a comunidade científica bem como para os docentes de saúde do local de estudo, de forma a possibilitar uma reflexão dos docentes e discentes sobre uma atuação mais contundente no que tange ao preparo de alunos com foco em gestão estratégica e carreira.

2 | OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a percepção sobre a gestão de carreira, vista pelos formandos da área de saúde em uma universidade privada de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

- Mensurar quantos formandos possuem um plano de carreira;
- Identificar de que maneira, caso possuírem um plano de carreira, o fizeram;
- Identificar qual a média de tempo que os formandos determinam para alcançar seus objetivos;
- Demonstrar a importância dada pelos formandos para a gestão de suas carreiras.

3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Carreira e evolução da estrutura organizacional

Visando expandir o conceito de carreira, será traçado a evolução histórica do cenário industrial que foi pioneiro no avanço deste seguimento.

Carreira é um termo muito utilizado no qual agrega vários significados, contudo de difícil definição. Pode ser utilizado para referir à mobilidade ocupacional, como por exemplo, o caminho a ser trilhado por um executivo, ou carreira como profissão, como a carreira militar. Em ambos os casos, carreira passa a ideia de um caminho estruturado e organizado no tempo e espaço que pode ser seguido por alguém. (DUTRA, 1996 p.16)

Foi no Século XIX que adotou-se a terminologia para definição da trajetória profissional. Até pouco tempo atrás o conceito de carreira permaneceu limitado a essa analogia, como uma propriedade estrutural das organizações ou das ocupações, tal como apresentado na era da industrialização clássica, onde era marcado por muitos níveis hierárquicos e coordenação centralizada. Os cargos eram individuais com tarefas simples e repetitivas. Ofertavam poucas oportunidades de progressão ocupacional. A partir do momento que o indivíduo ingressasse na carreira, já sabia, de antemão, o que esperar do percurso (PEREZ, 2011).

Dutra (1996) descreve sobre dois modelos de carreira: modelo tradicional e moderno. O modelo tradicional, que esteve vigente até a década de 1970, foi marcado pela estabilidade, progressão linear e vertical e o trabalhador possuía maior estabilidade no emprego. Ao passo que o modelo moderno, identifica-se por uma progressão da carreira de forma descontínua, mais horizontal que vertical e com maior instabilidade.

Nos tempos atuais faz-se necessário atentar para às transformações e exigência do mercado que encontra-se cada vez mais rigoroso no que tange a seleção e prospecção de carreiras.

Chiavenato (2004), descreve o cenário industrial em três eras, sendo elas:

Era industrial clássica: vigente até meados de 1950, As organizações passaram a adotar a estrutura organizacional burocrática, que são definidas pela rigidez de regras e regulamentos internos para disciplinar e padronizar o comportamento das pessoas. O mundo se caracterizava por mudanças vagarosas, progressivas e previsíveis. O ambiente que envolvia as organizações era conservador e voltado para a manutenção do *status quo*. O ambiente não oferecia desafios, as organizações se preocupavam mais com a produção. O modelo organizacional baseava-se em um desenho mecanicista, típico da lógica do sistema fechado.

“Os cargos eram desenhados de maneira fixa e definitiva para obter a máxima eficiência do trabalho, e os empregados deveriam ajustar-se a eles. Tudo para servir à tecnologia e à organização. O homem era considerado um apêndice da máquina

e deveria tal como ela ser padronizado na medida do possível” (CHIAVENATO, 2004, p. 35).

Era da Industrialização Neoclássica: Vigente de 1950 a 1990, marcada pelo início após a segunda guerra mundial. A economia passou por uma expansão internacional, tornando-se cada vez mais intensas e menos previsíveis, acentuando a competição entre as empresas. O modelo burocrático foi substituído pela teoria estruturalista. Nesse modelo as empresas almejavam novos métodos estruturais para incentivar a inovação e ajustes das condições externas, fomentando importantes melhorias quanto ao modelo de gestão implementado nesta era. Até a década de 70 a progressão da carreira era direto e verticalizada de modo que conferia maior estabilidade para os trabalhadores.

Era da Informação: Vigente a partir da década de 90 e sendo a era atual. O destaque dessa fase é a tecnologia da informação (TI), que que alcançou o mundo. A TI forneceu conferiu condições basais para o surgimento e maturação da globalização da economia, refletindo na competitividade intensa entre as organizações. Portanto o maior desafio das organizações passa a ser a produtividade do conhecimento. Inicia a concepção de departamento de RH, que visualizava as pessoas como recursos vivos e inteligentes e não mais como fatores inertes de produção. RH tornou-se o fator determinante para o sucesso da organização.

A partir deste contexto a definição de carreira sofre transformações, também num ritmo progressivo, acarretando ruptura de paradigmas que tem a ver com as mudanças sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas que temos vivido nas últimas décadas.

“ A palavra carreira é usada de diferentes maneiras e possuem muitas conotações. Às vezes, o seguir uma carreira” se aplica unicamente a alguém com uma profissão ou cuja vida profissional é bem-estruturada e implica progresso constante. No contexto de inclinações profissionais, o termo carreira quer dizer também a maneira como a vida profissional de uma pessoa desenvolve-se ao longo do tempo e como é vista por ela” (SCHEIN, p. 19, 1993).

Para Schein (1993), é possível identificar duas linhas de carreira: interna e externa. A interna é a imagem e/ou idéia que a pessoa tem a respeito do próprio trabalho e o papel que desempenha em sua vida mencionando a inclinação profissional. Carreira externa refere-se às etapas percorridas e exigidas por uma profissão ou organização para que se obtenha êxito profissional, e são atreladas ao que o gestor espera do trabalhador podendo ser norteada pelas diretrizes de âncora de carreira.

Ancora de Carreira	Definição/características
Autonomia/independência (AI)	Prioridade à liberdade, autonomia e independência. Caracteriza a valorização das experiências profissionais de realização do trabalho cujos ritmos, formas e padrões são autônomos.
Segurança/estabilidade (SE)	Valorização da estabilidade, da previsibilidade dos níveis de desempenho e tarefas, das recompensas previsíveis e estáveis.
Competência técnica-funcional (TF)	Valorização de experiências profissionais que vislumbrem a capacidade técnica individual.
Competência gerência geral (CG)	Prioridade à capacidade analítica na solução de problemas e tomada de decisões em situações de incerteza, ao bom relacionamento interpessoal e intergrupal e ao equilíbrio emocional.
Criatividade empreendedora (CE)	Criação de novos negócios, produtos ou serviços economicamente rentáveis. Essa inclinação profissional reúne pessoas dispostas a correr riscos e superar obstáculos para verem o resultado de seu próprio esforço.
Serviço/dedicação a uma causa (SD)	Prioridade à satisfação em contribuir para a melhoria da sociedade, em tornar o mundo um lugar melhor para viver, ajudando os outros, solucionando questões ambientais e sociais.
Desafio Puro (DP)	Valorização da superação de obstáculos e solução de problemas aparentemente insolúveis.
Estilo de Vida (EV)	Prioridade ao equilíbrio das esferas pessoais e profissionais. A percepção de sucesso está relacionada à conquista do equilíbrio, não sendo a carreira o seu objetivo principal.

Tabela 1. Diretrizes para âncora de carreira

Adaptação Schein, 1993

3.2 Fases da vida e carreira

Para Savioli (1991), carreira, profissional e as empresas – nasce, cresce, amadurece e morre. É fatídico que a carreira é móvel, e possui em seu todo inúmeras fases, que deve ser entendida para ser melhor administrada.

O início do ciclo da carreira requer maior investimento em tempo e conhecimento, deve-se tomar cuidado para que todas as partes constituintes desta fase cresça harmoniosamente. Na maturidade a carreira poderá ter fases estáveis, sendo assim na terceira idade em carreira não deve significar desativação ou velhice, mas solo fértil para recomençar uma nova trajetória laboral.

Dutra (1996) define cinco estágios de vida das pessoas e expectativas quanto à carreira: infância (até 14 anos), adolescência (15 a 24), idade adulta (25 a 44), maturidade (45 a 64) e velhice (após 64 anos).

A infância é marcada pela fase da fantasia, pelo o aprendizado, é onde a escolha da carreira é muito flutuante. Na fase adulta o sujeito assume compromissos sociais e tende por alcançar uma estabilização profissional. Os compromissos assumidos, seja com a profissão ou família, são mais bem compreendidos. Já na fase senil é apontada pelo autor como a fase da permanência. É também marcada por mudanças notáveis, em detrimento a mudanças no cotidiano profissional ou familiar.

Schein (1978) discorre que carreira é um processo de desenvolvimento da

pessoa como um todo. Complementa que para poder analisar a carreira de um indivíduo, é necessário compreender os seus anseios e características.

Schein (2004) afirma que só o próprio indivíduo é capaz de traduzir como ele enxerga a própria carreira e como a sociedade a reconhece, embora o espaço de tempo associado a cada uma das fases, varie muito de acordo com a profissão ou com a pessoa que a exerce, e que este fato está diretamente relacionado ao grau de maturidade do próprio sujeito.

3.3 Gestão de carreiras

No que diz respeito a gestão de carreira, possui inúmeros estudos que abordam esta temática. Para Dutra (1996) as ferramentas disponíveis para orientar o processo de auto avaliação voltado para o planejamento de carreira são limitadas.

Ainda não conseguem oferecer condições necessárias para que pessoas tenham um distanciamento crítico em relação a sua realidade. Por sua vez, estas ferramentas, diante da limitação, podem ser transformadas em um sofisticado instrumento de manipulação, dependendo do contexto em que estejam inseridas ou da forma como sejam utilizadas (Perez, 2011 [s/p]).

Perez (2011), ainda acrescenta que traçar objetivos de carreira e a elaboração de plano de ação pessoal, está diretamente relacionado com o nível de autonomia e independência em que a pessoa se encontra, considerando os ciclos de vida de influência sobre as pessoas, a saber: ciclo biossocial, ciclo profissional, ciclo familiar ou de procriação.

Ciclo Biopsicossocial	
Fases	Percepções
18 aos 30 anos	Nesta fase o indivíduo está deixando sua casa, sobrevivendo por conta própria no mundo adulto e desenvolvendo sua personalidade de vida e características.
31 e início dos 40 anos	Nesta fase o indivíduo vive a crise da meia idade, confronta-se com os sonhos e a realidade vivida, emergindo novamente os conflitos da adolescência – são também percebidos os sinais da limitação da capacidade física.

Final dos 40 e início dos 50 anos.	Nesta fase é marcada pelas inúmeras mudanças na estrutura familiar. A partida dos filhos, e o casal redescobre um ao outro. É a fase do “ninho vazio”, Tornam-se mais gentis, dóceis, compreensivas, ao mesmo tempo em que crescem os problemas com o reconhecimento do declínio das habilidade e competências que já são limitadas.
------------------------------------	--

Tabela 2. Ciclo de vida e suas percepções no âmbito profissional

Fonte: Adaptação Perez, 2011

A gestão de carreira para ser funcionante, deve atender as necessidades tanto da organização quanto pessoal. O sistema deve ajustar-se continuamente, assumindo uma configuração dinâmica e atualizada. O método aplicado e as técnicas utilizados para a implantação ou manutenção da gestão da carreira representam uma tomada de decisão primordial para um resultado eficaz.

Para Dutra (2009) um grande número de indivíduos enxerga a reflexão sobre suas carreiras apenas como a percepção de oportunidades e a busca de aprimoramento profissional, subordinando a uma realidade dada pelo meio externo (ambiente) e perde a chance de atuar sobre esta realidade.

Para evitar esta realidade, e antes de planejar ou gerenciar a carreira disponibilizada pelo ambiente, é essencial refletir, questionar e identificar sobre os seguintes questionamentos infracitados:

- Quem eu sou? O que quero? Quais são minhas expectativas e competências? Qual é o meu foco? Quais são os meus valores?

Estas perguntas precisam ser feitas como norteadoras nas tomadas de decisões pessoal e profissional (PEREZ, 2011).

4 | PERCUSSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativa positiva, refletida no uso de estatística simples, com a finalidade de obter resultados que responda a problemática norteadora deste estudo. Como o objetivo do trabalho foi descrever a percepção sobre a gestão de carreira, vista pelos formandos do curso de saúde em uma universidade privada de Belo Horizonte, a pesquisa se caracteriza como descritiva (RUIZ, 2006).

O critério de seleção da amostra parte do conceito utilizado para o termo “formando”. Foram incluídos neste grupo todos os alunos do último período dos cursos: Enfermagem, Fisioterapia e odontologia de uma universidade privada de Belo Horizonte, assim sendo, esta amostra pode ser considerada não probabilística

e intencional (MARCONI & LAKATOS, 1996). O objetivo inicial era saturar todo o universo amostral, mas foi possível obter respostas de apenas 98 alunos (a expectativa girava em torno de 130).

A justificativa para a escolha deste grupo, parte do pressuposto de que os formandos possuem conhecimento relativamente robusto sobre o cenário corporativo e sobre a relação homem *versus* trabalho; e a proximidade do término da graduação na condução da vida profissional, que deveria estimular os estudantes a buscarem mais conhecimento para a tomada de decisão e ações sobre suas carreiras, assim como suas necessidades e objetivos.

Os questionários aplicados são estruturados e não- disfarçados (MARCONI & LAKATOS, 1996), apresentando três blocos. O primeiro bloco é composto por dezesseis questões fechadas, e duas abertas no que tange a sexualidade e religião do entrevistado, devido a inúmeras as possibilidades de respostas nestas questões optou-se por aberta para não limitar a expressão do entrevistado. O segundo bloco é composto por sete questões, apresentando as alternativas de resposta numa escala de percepção do entrevistado. O terceiro bloco é composto por 46 questões, que o entrevistado atribuirá uma nota de 1 a 5 representando respectivamente a discordância ou concordância (1. Discordo totalmente; 2. Tendo a discordar; 3. Não concordo e nem discordo; 4. Tendo a concordar; 5. Concordo totalmente).

Com auxílio de dois participantes um pré-teste foi aplicado para identificar possíveis erros no questionário, sendo indicadas poucas alterações, posteriormente as devidas correções o formulário adaptado por Dutra (2010) foi validado pelo pesquisador (ANEXO I).

A coleta de dados ocorreu através da pesquisa de campo, no período de Agosto a Setembro de 2017. A tratativa dos dados ocorreu através da tabulação em planilha no *Excel For Windows*, permitindo ao pesquisador uma visão do macroprocesso horizontal da pesquisa. A análise foi realizada através de estatísticas descritivas (percentuais) das respostas obtidas, e posteriormente confrontada com literatura para análise e obtenção dos resultados.

5 | RESULTADOS

A distribuição por gênero entre os participantes foi equilibrada quando comparada com o quantitativo total dos sujeitos entrevistados, entretanto, prevalece o sexo feminino 59%, ao passo que o masculino representou 41%. Como justificativa plausível para este resultado, infere-se que a prevalência feminina é reflexo da maior inserção da mulher no mercado de trabalho e na busca de qualificação (MIANO e VIEIRA, 2012).

Partindo deste pressuposto, vale ressaltar também que a mulher é o maior

número representativo de alunos em formação do seguimento de saúde no campo em estudo, validando o que os autores acima afirmam.

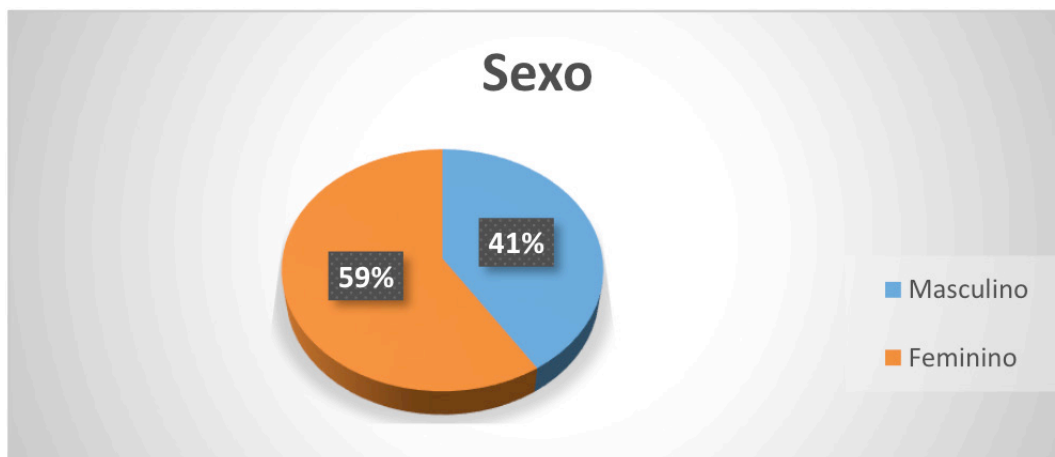


Gráfico 1: Distribuição dos entrevistados por gênero

Fonte: dados da pesquisa

Distribuindo os entrevistados em escalas por idade, obteve-se os seguintes resultados: 48 formandos encontram-se na faixa etária de até 25 anos de idade, representando 47% das pesquisas respondidas; 28 formandos encontram-se na faixa etária de 25 a 30 anos de idade, representando 29% das pesquisas respondidas; 13 formandos encontram-se na faixa etária de 30 a 35 anos de idade, representando 14% das pesquisas respondidas; 7 formandos encontram-se na faixa etária de 35 a 40 anos de idade, representando 8% das pesquisas respondidas; e 2 formandos ocupam a faixa etária entre 50 e 55 anos de idade, estando representados por apenas 2% das pesquisas respondidas.

Chama a atenção nesta distribuição duas coisas, a primeira é que a curva A dos entrevistados, é composto por adolescentes e jovens de até 25 anos, e para Perez (2011) esta é a fase de vida na qual o sujeito ainda não se preocupa com gestão de carreiras, ou se que possui um plano de contingência para os primeiros meses pós formação. A segunda, é que ainda é incipiente a matrícula de alunos acima de 35 anos em instituição de ensino superior, quando comparado a países de primeiro mundo.

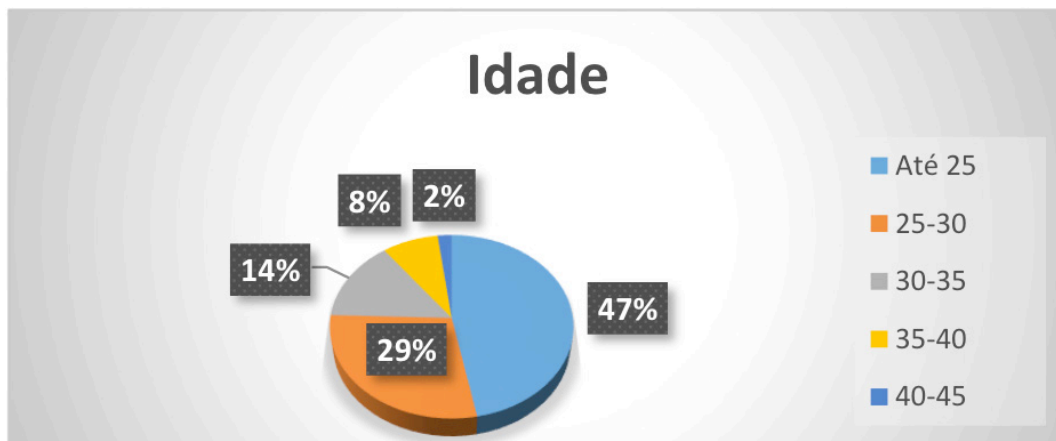


Gráfico 2: Distribuição dos entrevistados por idade /Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere a atuação profissional destes formandos, foram distribuídos na seguinte conformação: 40 formandos responderam que estão atuando na área de formação, representando 38% das pesquisas respondidas; 18 formandos responderam que não estão atuando na área de formação, representando 19% das pesquisas respondidas; 16 formandos responderam que estão atuando em partes na área de formação, representando 17% das pesquisa respondidas; 13 formandos responderam que não possuem nenhum vínculo empregatício no momento da entrevista na área de formação, representando 14% das pesquisa respondidas; 11 formandos responderam que atuaram muito pouco na área de formação, representando 12% das pesquisa respondidas.

Para Schein (2004), carreira é aplicado apenas a um indivíduo que possui uma profissão ou vida profissional bem estruturada. Neste caso, apenas 38% dos formandos podem almejar plano de carreira a curto e médio prazo, ao passo que os demais que não encontram-se empregados, ou em contato com a área de formação poderão almejar plano de carreira somente a longo prazo.

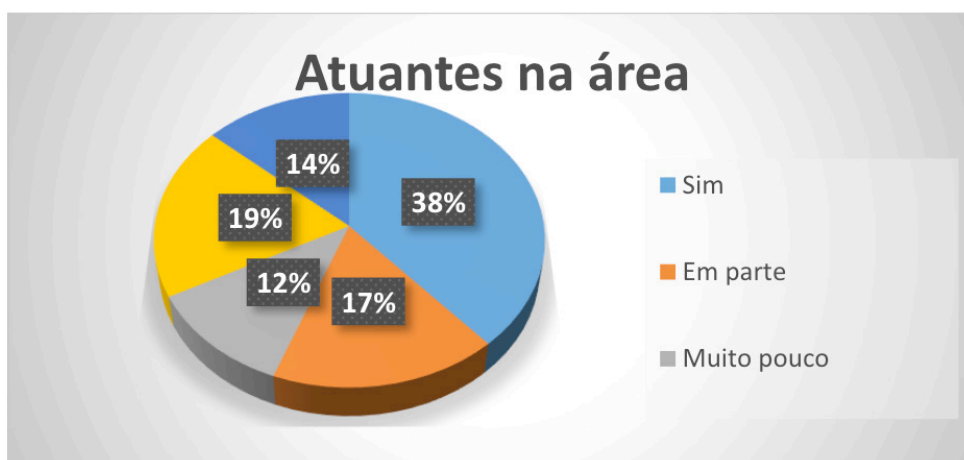


Gráfico 3: Distribuição dos entrevistados por atuação no mercado de trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto a distribuição dos formando em saúde para obtenção de um novo título é possível agrupa-los no seguinte formato: 91 alunos que responderam esta pesquisa afirmam estar cursando a primeira graduação universitária, o que representa 93% das respostas.

Os demais 7% foram distribuídos entre 2 alunos que estão cursando o segundo curso superior, e alunos que marcaram improcedentemente a esta questão, sendo pouco relevante para a avaliação deste requisito.

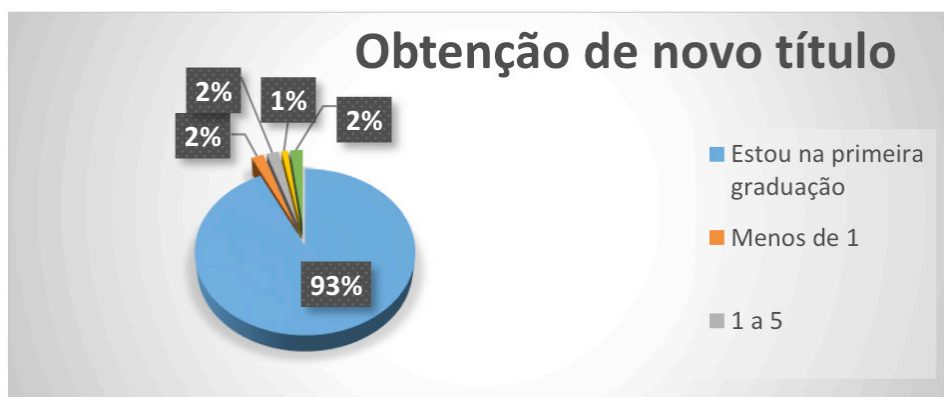


Gráfico 4: Distribuição dos entrevistados em obtenção de novo título universitário.

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere a natureza laboral dos formandos, foi possível obter os seguintes resultados: 72 formandos responderam ser assalariados; 18 formandos declaram-se desempregados; 5 formandos responderam ser profissionais liberais/autônomos, e 3 afirmam ser empresários.

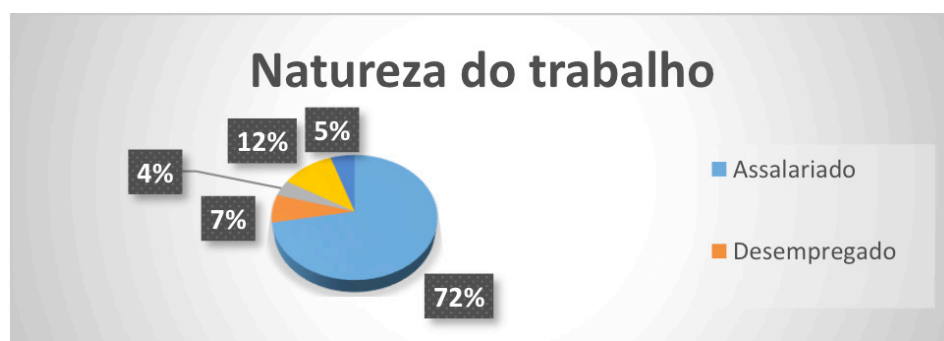


Gráfico 5: Distribuição dos entrevistados por área de atuação.

Fonte: Dados da pesquisa

Também foi possível identificar a renda mensal dos formandos entrevistados, sendo prevalente a remuneração entre 1.001,00 até 2.000,00.

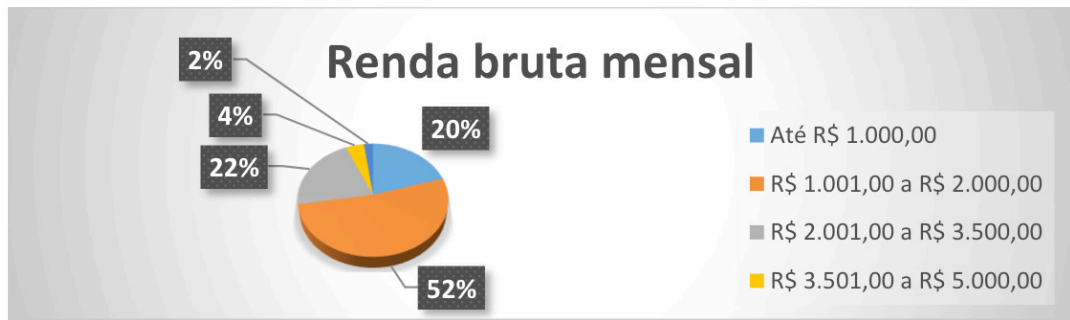


Gráfico 6: Distribuição dos entrevistados por obtenção de renda mensal.

Fonte: Dados da pesquisa

Para Martins (2011), as empresas brasileiras não conseguem prover uma série de recursos e de regras necessárias à gestão de carreiras. Sendo assim, obteve-se os seguintes resultados a partir da pesquisa: 33 formandos declaram-se trabalhar em empresa de capital privado, representando 31% da pesquisa respondida; 21 formandos declaram-se trabalhar em empresa de família, representando 22% da pesquisa respondida; 17 formandos declaram-se trabalhar como servidor público, representando 18% da pesquisa respondida; 14 formandos declaram-se trabalhar em empresa de capital misto, representando 15% da pesquisa respondida; e 13 formandos responderam que trabalham em multinacional, representando 14% das entrevistas respondidas.

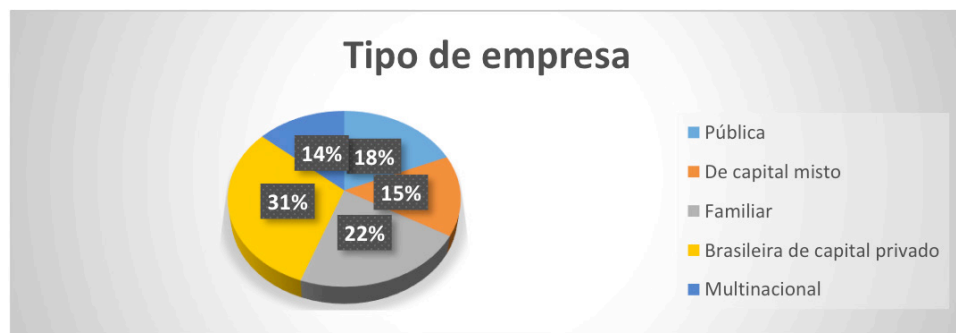


Gráfico 7: Distribuição dos tipos de empresas que os entrevistados atuam.

Fonte: Dados da pesquisa

Perez (2011), afirma que quanto maior o porte da organização, mais gestão de carreira é possível perceber, estando então os colaboradores mais susceptíveis em ter seus talentos reconhecidos e serem promovidos.

Entretanto, os entrevistados neste estudo não tem observado chances de crescimento internos apenas pelo porte da instituição, observam que a qualificação dos profissionais estão muito mais atrelado a promoção, do que uma própria filosofia interna de promoção.

Também foi possível verificar o perfil dos motivos que fizeram os formandos

participantes desta pesquisa a escolherem cursos na área da saúde, sendo eles: 47% dos entrevistados responderam que optaram por aquisição, atualização e ampliação dos conhecimentos; 26% melhorar a chance de empregabilidade e 12% almejam mudar de emprego ou por ser um investimento na carreira.

Foi questionado também quanto ao conceito de trabalho, e os entrevistados responderam o seguinte: 59% dos formandos entrevistados acreditam que o conceito de trabalho é oportunidade de crescimento; 23% dos entrevistados responderam que o conceito de trabalho é fonte de satisfação e 18% dos entrevistados acreditam que conceito de trabalho significa obrigação econômica.

Shein (2004), afirma que o tempo de atuação em uma organização é um dos principais fatores a ser avaliado quando se trata de promoção ou em progressão de carreira. Entretanto através desta pesquisa, foi possível observar que a curva A das respostas deste quesito, são de pessoas que não trabalham a muito tempo na instituição ao qual laboram suas atividades. Foi possível obter os seguintes resultados: 37% dos formandos entrevistados declaram estar na mesma empresa menos de 1 ano.

Quanto a necessidade de testes psicológicos para realização da gestão de carreiras e/ou para escolha da área de atuação, foi possível obter os seguintes dados: 61% dos formandos discordam totalmente da realização do teste vocacional; 17% dos formandos não concorda e nem discorda da realização do teste vocacional; 10% dos formandos concordam totalmente da realização do teste vocacional; 9% dos formandos tendem a concordar com a realização do teste vocacional; 3% dos formandos tendem a discordar da realização do teste vocacional;

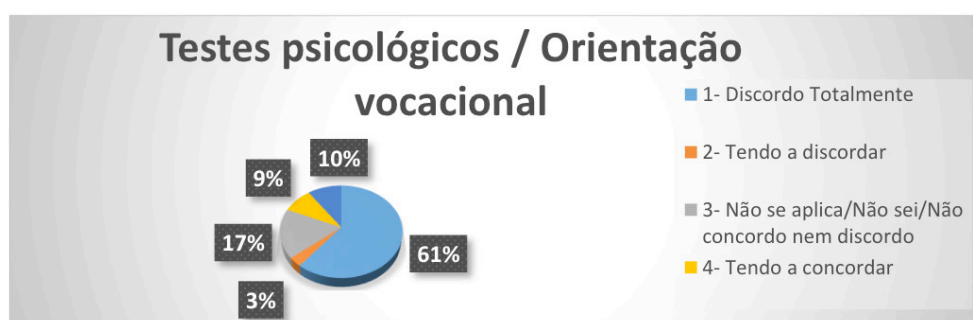


Gráfico 8: Distribuição por conceito de sucesso profissional /

Fonte: Dados da pesquisa

Foi contemplado também, a questão dos formandos possuírem um plano de carreira para tão logo a formação, o obteve-se os seguintes achados: 33% dos formandos tendem a concordar que não possuem um plano de carreira, mas já sabe quais atividades gostariam de desenvolver; 32% dos formandos não concordam e nem discordam que não possuem um plano de carreira, mas já sabe quais atividades gostariam de desenvolver; 21% dos formandos concordam totalmente

que não possuem um plano de carreira, mas já sabe quais atividades gostariam de desenvolver; 8% dos formandos discordam totalmente que não possuem um plano de carreira, mas já sabe quais atividades gostariam de desenvolver; 6% dos formandos tendem a discordar que não possuem um plano de carreira, mas já sabe quais atividades gostariam de desenvolver; 33% dos formandos concordam que não possuem um plano de carreira, mas já sabe quais atividades gostariam de desenvolver;



Gráfico 9: Distribuição por formandos que possui plano de carreira

Fonte: dados da pesquisa



Gráfico 10: Distribuição por requisitos que a gestão de carreira necessita

Fonte: dados da pesquisa

Uma das principais formas de agregar positivamente a carreira, é saber se gerenciamos o nosso processo de melhoria contínua, porque através dos retornos é possível estabelecer o plano de desenvolvimento individual (PEREZ, 2011)

Através deste estudo, foi possível obter os seguintes dados: 35% dos formandos tendem a concordar que buscam pelos os apontamentos e/ou oportunidades de melhorias da chefia imediata; 29% dos formandos concordam totalmente que buscam pelos os apontamentos e/ou oportunidades de melhorias da chefia imediata; 14% dos formandos não concordam e nem discordam que buscam pelos os apontamentos e/ou oportunidades de melhorias da chefia imediata; 13% dos formandos tendem a discordar que buscam pelos os apontamentos e/ou oportunidades de melhorias da chefia imediata; 9% discordam totalmente.

A concorrência e disputa pela escolha da profissão sempre foi um dos maiores desafios na gestão de carreiras, pois através destas sempre terá um ou outro indivíduo alocado em um ambiente que não é o de sua escolha, e sim por sua ambição financeira (SCHEIN, 2004).

Através desta afirmativa, foi possível identificar em nossa pesquisa o seguintes resultados no que tange a escolha da profissão: 26% dos formandos vislumbram possibilidade de auto realização através do trabalho que desenvolve; 23% dos formandos vislumbram perspectivas de ganhos financeiros; 22% dos formandos vislumbram o mercado de trabalho promissor; 15% dos formandos vislumbram sua vocação para a área de escolha; 9% dos formandos vislumbram status; 1% dos formandos relatam influência dos pais.

A afirmação de Dutra (2002), de que no Brasil o planejamento de carreira individual possui pouca frequência é sustentada em certo grau pela pesquisa. Visto que grande parte dos formandos ainda não apresentam maturidade para desenvolver e planejar a própria carreira.

É esperado que a maturidade profissional seja alcançada com o advento do conhecimento e com as experiências vivenciadas. Deste modo faz-se necessário comparar quais são as alterações no planejamento de carreira dos formandos que responderam esta pesquisa, sendo este resultado expresso da seguinte forma:

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos tempos atuais, são visíveis as importantes mudanças no cenário de trabalho, impactando na grande volatilidade nos processos e relações de profissionais, fomentando um crescente empenho por parte dos formandos na própria gestão de carreira.

Esta pesquisa alcançou os objetivos propostos, além de evidenciar o empenho dos formandos na área de saúde. Tendo como suposição inicial que, pela própria natureza do curso, os formandos estariam evoluídos no planejamento da própria carreira, Porém, ao contrário do esperado, notou-se que a iniciativa individual desta prática está insatisfatória.

Chama a atenção que a maioria dos participantes afirmou não possuir nenhum tipo de conhecimento sobre o planejamento de carreira, deste modo, esta pesquisa serve como ferramenta para elucidar a necessidade de se pensar, planejar e implementar a gestão de carreiras desde o início da graduação, fomentando o processo de melhoria contínua nos profissionais que as universidades entregam para a sociedade bem como tornando os futuros profissionais da saúde mais empreendedores e com estratégias de mercado e carreira.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COELHO, J. Organizações e carreiras sem fronteiras. In: BALASSIANO, M. e outros (ORGs.). **Gestão de carreiras: dilemas e perspectivas**. São Paulo: Atlas, pág. 94-108. 2006.

DEMASI, Domenico. **O Ócio criativo**: entrevista a Maria Serena Palieri. Rio de Janeiro: Sextante, 2000 Tradução de: Ozio creativo.

DUTRA, J. S. A Gestão de Carreira. In: FRANCA: ^a C. et al. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.

DUTRA, J. S. **Administração de carreira: uma proposta para repensar a gestão de pessoas**. São Paulo: Atlas, 1996.

DUTRA, J. S. **Gestão de carreiras na empresa contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2010.

DUTRA, Joel Souza; VELOSO, Elza Fátima Rosa. **Desafios da Gestão de Carreira**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2013.

MARTINS, Hélio Tadeu. **Gestão de Carreiras na Era do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

PEREZ, Janete Lúcia Pagani. **GESTÃO DE CARREIRA: UMA QUESTÃO DE AUTOCONHECIMENTO**. Convibra administração, p. 10 a 21, 2011.

SANTOS, H. T. M. **Gestão de carreiras na era do conhecimento**: abordagem conceitual e resultados de pesquisa. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

SAVIOLI, N. **Carreira – Manual do Proprietário**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

SCHEIN, E. H. **Identidade Profissional. Como ajustar suas inclinações a suas opções de trabalho**. São Paulo: Nobel, 1996.

SCHEIN, E. H. **perspectiva de gestão de carreira**. São Paulo: Nobel, 2004.

URIS, A. **O Livro de Mesa do Executivo**. São Paulo: Pioneira, 1989.

VIEGAS, Sônia. **Trabalho e Vida**. Disponível em [http:// http://docslide.com.br/documents/sonia-viegas-trabalho-e-vida.html](http://docslide.com.br/documents/sonia-viegas-trabalho-e-vida.html). Acesso em 16/09/17.

ANÁLISE DOS RISCOS À SAÚDE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO SETOR DE RADIOLOGIA

Data de aceite: 31/03/2020

Data de Submissão: 02/01/2020

José Fábio de Miranda

Graduado em Enfermagem pelo Centro
Universitário Estácio do Recife - PE

RESUMO: As equipes multiprofissionais de radiologia podem sofrer certos riscos devido ao excesso da radiação ionizante, que por ser uma onda eletromagnética propaga-se no ambiente a partir de uma fonte emissora classificada por energia em trânsito, expondo a população a possível perigo. Estudos confirmaram que altas doses de radiação ionizante podem provocar alterações nos tecidos humanos, conforme relatado desde o descobrimento dos Raios-X. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos profissionais de radiologia quanto aos riscos que podem ser evidenciados durante a execução das atividades laborais na sua própria saúde devido ao excesso de emissão da radiação ionizante. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo longitudinal, de abordagem quantitativa. A população da amostra foram compostas por um total de 73 profissionais em exercício, sendo entrevistados a equipe multiprofissional que trabalham no setor de radiologia de um hospital público de grande porte do estado de Pernambuco-Brasil.

Os dados foram coletados a partir de um questionário semiestruturado com perguntas referentes à radiologia. **Resultados:** A pesquisa indica que os profissionais estão sendo exposto as condições de riscos inerente a emissão de radiação, cerca de 71 dos entrevistados consideram exercer uma profissão de risco (97,26%). No entanto, um não julgou que a profissão não causa risco nenhum (1,37%) e um não identificado, não souberam responder quanto aos riscos presente na profissão (1,37%). Percebe-se que praticamente a metade dos entrevistados cerca de 49,32% relatam que as condições de ventilações são inadequadas no setor de radiologia. **Conclusão:** Constatou-se que os profissionais de radiologia têm conhecimentos dos riscos à saúde e buscam se proteger, mas os ambientes de trabalho não oferecem condições adequadas. Recomenda-se que haja mais fiscalização desses ambientes e maior conscientização da segurança para os profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais; Radiação; Riscos; Saúde.

ANALYSIS OF HEALTH RISKS IN A MULTIPROFESSIONAL TEAM THAT WORKING IN THE RADIOLOGY SECTOR

ABSTRACT: The multiprofessional radiology teams may pose certain risks due to excess

of the ionizing radiation, which as an electromagnetic wave propagates into the environment from a transient power source, exposing the teams to possible danger. Studies have shown that high doses of ionizing radiation can cause changes in human tissue, as reported since the discovery of X-rays. **Objective:** Evaluate the knowledge of radiology professionals about the risks that may be evidenced during the execution of work activities in their own health due to the excessive emission of ionizing radiation. **Methodology:** This is a descriptive longitudinal study with a quantitative approach. The sample population consists of 73 working professionals. the professionals interviewed are from a large public hospital in the state of Pernambuco-Brazil and all professionals from the multiprofessional radiology team were interviewed. Data were collected from a semi-structured questionnaire with questions regarding radiology. **Results:** The research indicates that professionals are being exposed to risk conditions inherent to radiation emission. About 71 of the respondents consider practicing a risky profession (97.26%), 1 respondent did not think that the profession does not cause any risk (1.37%) and the remaining unidentified respondent could not answer (1.37 %). Almost half of the respondents, around 49.32%, report that ventilation conditions are inadequate in the radiology sector. **Conclusion:** It was found that radiology professionals are aware of health risks and seek to protect themselves, but work environments do not offer the right conditions. More supervision of these environments and greater safety awareness for professionals is recommended.

KEYWORDS: Professionals; Radiation; Risks; Health.

INTRODUÇÃO

Estudos confirmaram que altas doses de radiação ionizante podem vir a danificar tecidos humanos, conforme relatado desde o descobrimento dos Raios-X (1895), e após vinte anos, a *Röntgen Society* publicou as primeiras recomendações de proteção radiológica para os trabalhadores (FERREIRA; CARNEIRO, 2018). Estas recomendações, promoveram a criação da constituição da radioproteção ou proteção radiológica, que é um campo de estudos dos efeitos das radiações ionizantes (HUHN; AMBROSINA, 2016).

Nesse sentido, Melo (2013), enfatiza que o diagnóstico por imagem requer mais atenção e cuidado na assistência do usuário. As instituições hospitalares precisam de equipes profissionais altamente capacitadas para alcançar um bom atendimento assim como uma boa segurança tanto para o profissional como para o cliente.

Um fator de importância de preservação e promoção para saúde dos trabalhadores está relacionada à condição de seu local de trabalho e como é realizado, a fim de minimizar os perigos de acidentes. No ambiente hospitalar há multiplicidade desses fatores de exposição, assim como, podem-se citar riscos biológicos, físicos, psicossociais e químicos, além da radiação ionizante (HUNGARO et al.,2018).

A forma de exposição à radiação ionizante ocorre através da energia que se

propaga a partir de uma fonte emissora de qualquer meio, sendo classificada como energia em trânsito. Apresenta-se em forma de onda eletromagnética, constituída de um campo elétrico e um campo magnético oscilantes, perpendiculares entre si e que se propagam no vácuo com a velocidade próxima da luz “~ m/s” (OKUNO,2013).

De acordo com a dose e forma de resposta aos danos causados pela exposição, a energia ionizada é classificada em dois grupos: o efeito estocástico (modificações que surgem em células aparentemente normais como, por exemplo, o câncer), o efeito hereditário (ocorrência é diretamente proporcional à dose de radiação), e o efeito determinístico (produzidos através de doses elevadas, que fica acima do limiar 0,5 Gy) onde a severidade do dano aumenta proporcionalmente com a dose (OKUNO,2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo longitudinal, de abordagem quantitativa. A população da amostra foram compostas por um total de 73 profissionais em exercício do setor de radiologia de um hospital público de grande porte do estado de Pernambuco-PE, a pesquisa ocorreu no mês de abril a maio de 2019 sendo realizado em duas semanas consecutivas, nos turnos manhã, tarde e noite. Os dados foram coletados a partir de um questionário semiestruturado com perguntas referentes à radiologia, constituindo-se de perguntas fechadas, alternativas e múltipla escolha.

RESULTADOS E DISCUSÕES

Os riscos dos radiologistas apresentaram cerca de 71 dos entrevistados consideram exercer uma profissão de risco (97,26%). No entanto, um não julgou que a profissão não causa risco nenhum (1,37%) e um não identificado não souberam responder quanto aos riscos que a profissão pode causar (1,37%). Contudo, a pesquisa mostra que 97,26% da população entrevistada tem consciência que a profissão é de risco. Segundo Oliveira et al (2013) em sua pesquisa identificou que todos reconhecem a importância da profissão que exercem, destacando sua importância para o serviço de saúde.

Quanto à utilização do avental de chumbo, 54 dos profissionais fazem o uso do equipamento de proteção radiológica (73,97%), 12 não usam o avental de proteção (16,44%), cinco desses mesmos profissionais não souberam responder quanto a utilização do avental de chumbo, equipamento de proteção radiológica (6,85%) e dois da equipe radiológica não identificados não responderam (2,74%). Esse resultado mostra que 26,03% dos profissionais apresentaram um descuido quando sua exposição à radiação perante o uso do EPI avental de chumbo, sendo uma maneira

simples, eficaz e de baixo custo para proteção do indivíduo Ocupacionalmente exposto à radiação ionizante, assim como para as exposições médicas dos pacientes, é o uso de vestimentas de proteção radiológica Norma Regulamentadora (NR) nº 6 (BRASIL, 2006).

De acordo com Pacheco e colaboradores (2007) no setor de radiologia ocorre as infrações técnica, principalmente pela falta dos profissionais desconhecerem a legislação, além disso, pela falta de um programa de manutenção com fins preventivo dos equipamentos e da escassez de investimentos em educação para a atualização profissional.

Os riscos ocupacionais podem ser ou estar ocultos entrelaçados nos aspectos dando da ignorância, como pela falta de conhecimento, ou ainda, de informação, situação em que o profissional trabalhador sequer suspeita da sua existência (ANDERSON. et al., 2016).

Segundo Areosa (2011) os riscos ocupacionais mais comuns, são àqueles associados ao ambiente de trabalho e aos aspectos ergonômicos, devido ao levantamento de peso, além da ajuda aos pacientes com mobilidade reduzida, a jornada de trabalho rotativo, trabalho com máquinas e equipamentos e, sobretudo, a pressão quanto à produtividade dos trabalhadores, particularmente em setores hospitalares nos dias de alta demanda.

Diante disto a pesquisa mostra que 40 dos radiologistas indicaram que ficam em pé por período prolongado causando um desgaste físico (54,79%), 22 não ficam em pé por longos períodos (30,14%), sete não souberam responder (9,59%) e quatro desses profissionais não identificado não responderam (5,48%). No entanto, 69,86% dos profissionais tem grande desgaste físico por ficar período bastante longo.

Segundo Areosa (2011), Flor e Gelcke (2013) retratam que o trabalho na posição em pé em períodos longos, assim como levantamento de peso, horário de trabalho rotativo, jornada de trabalho, imobilidade quanto a movimentação com o uso das vestimentas de chumbo, além do esforço físico.

A exposição a agente biológico, segundo Fernandes, Carvalho e Azevedo (2005) nas atividades exercidas com a radiação ionizante, o uso de EPIs tais como luvas, máscaras e aventais de látex nitrílico para proteção contra os agentes causadores de doenças, contra agentes biológicos que expõem o trabalhador durante os exames são recomendados. Para esse quesito foi apresentado os seguintes resultados ao uso de luvas de látex, 67 dos profissionais utilizam a luva de procedimento para a realização dos exames (91,78%), quatro não utilizam luvas de látex para a execução dos procedimentos (5,58%) e dois não identificados não responderam quanto a utilização do EPI (2,74%). Contudo, a pesquisa mostra que apenas 8,32% dos profissionais não se preocupam com a contaminação de agente infeccioso.

Segundo Santos et al., (2010) a Norma Regulamentadora N°32 salienta que

todo ambiente onde exista a possibilidade de exposição a agentes biológicos deve ter um local destinado de um lavatório exclusivo para higienização das mãos, providos de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistemas de abertura sem contato manual.

Quanto ao combate dos microrganismos 53 dos entrevistados se preocupam contra os microrganismos (72,60%), 11 não têm cuidados contra esse tipo de medidas (15,07%), oito não souberam responder se existem cuidados contra microrganismos na sua ocupação profissional (10,96%) e um dos profissionais não identificado deixaram quanto à diminuição de microrganismo no setor de radiologia (1,37%). Percebe-se que 27,4% da equipe entrevistada não dão importância para o risco de transmissão de microrganismo. Como relatam Fernandes, Carvalho e Azevedo (2005) em seu estudo sobre o serviço de diagnóstico por imagem foram observados atos inseguros assim como condições ambientais de insegurança como, por exemplo, a utilização de equipamento de proteção individual (EPI); ajuda a pacientes com doenças contagiosas sem o uso de EPI; profissionais em ambientes onde há insalubridade resultante fora dos limites da lei; trabalhadores e pacientes em locais onde ocorre a periculosidade, resultante da detecção de energia ionizante.

De acordo com Espíndola, Moura e Leitão (2008) retrata que a incidência de infecção hospitalar é a causa de preocupação para os administradores e profissionais de saúde, pois configura um problema de saúde pública. A pesquisa demonstra os seguintes dados: 59 dos profissionais se preocupam com a limpeza dos equipamentos (80,82%), cinco não limpam os equipamentos para a execução dos exames (6,85%), seis não sabem se ocorrem a limpeza dos equipamentos (8,22%) e três dos radiologistas não identificados (4,11%). Consequentemente 19,18% dos profissionais não se preocupam na incidência de infecção que podem acarretar pela falta de limpeza dos equipamentos. Segundo Brasil (2008) determina a importante que os profissionais em radiologia assumam o compromisso de assistir o paciente com responsabilidade, seguindo as medidas recomendadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio de prevenção e controle de infecções, diminuindo a transmissão de microrganismos infecciosos.

Foi analisado também, quanto a manutenção dos equipamentos radiológicos, identificando que sete dos profissionais já levaram choques ao realizar os exames radiológicos (9,59%), 58 não sentiram choques na manipulação dos equipamentos (79,45%), seis dos entrevistados não souberam responder se já ocorreu choque durante os exames (8,22) e dois não identificados (2,74%). Portanto, a pesquisa mostra que 20,55% dos profissionais já tiveram complicações com equipamento radiológico, o qual dificultou o seu manuseio. Em relação a condições térmicas inadequadas 26 dos profissionais de radiologia trabalham em situação inadequada quanto à temperatura (35,62%), 37 consideram-se que o ambiente de trabalho tem

temperatura adequada (50,68%), nove desses mesmos profissionais não souberam responder se o ambiente tem temperatura satisfatória (12,33%) e um não identificado (1,37%). Totalizando 49,32% dos profissionais relatam que trabalham em condições inadequadas de temperatura no setor de radiologia que segundo Fernandes, Carvalho e Azevedo (2005) em sua pesquisa sobre avaliação dos riscos dos trabalhadores os profissionais atuam em ambientes com ventilação inadequada, equipamentos defeituosos em operação, salas com móveis, causando riscos a trabalhadores e pacientes.

O que mostra que 49,32% desses mesmos profissionais dizem que as condições de ventilação são inadequadas. Os dados da pesquisa demonstram que 27 dos profissionais dizem que a ventilação é inadequada (36,99%), 37 dizem que a ventilação é adequada (50,68%), oito dos profissionais não souberam responder (10,96%) e um não identificado (1,37%). Percebe-se que praticamente a metade dos entrevistados cerca de 49,32% relatam que as condições de ventilações são inadequadas no setor de radiologia.

Chiavenato (2008) relata que o ambiente de trabalho agradável facilita o relacionamento interpessoal e, sobretudo, a produtividade, como também na redução de acidentes e doenças. Sendo assim, a pesquisa mostrou que em determinada situação os profissionais questionaram quanto ao ambiente que trabalham. Contudo, a pesquisa mostra que 23 profissionais de radiologia têm sua ocupação profissional com excesso de ruído (31,51%), 45 dizem que não tem ruídos no setor de radiologia (61,64%), quatro não souberam responder se há excesso de ruídos (5,48%) e um não identificado (1,37%). Resultando em 38,36% dos profissionais trabalham com excesso de ruído no setor de radiologia, quanto à iluminação 17 dos profissionais trabalham com iluminação insuficiente (23,29%), 49 trabalham com uma iluminação adequada (67,12%), cinco não souberam responder quanto a iluminação do setor de radiologia (6,85%) e dois não identificados (2,74%). Conseqüentemente, 32,88% dos profissionais dizem que a iluminação é um problema na hora de executar o procedimento, devido à baixa luminosidade.

Em relação à exposição à radiação ionizante 46 dos profissionais consideram-se expostos a radiação ionizante (63,01%), 20 não consideram que trabalham exposta a radiação ionizante (27,40%), seis não souberam responder (8,22%) e um não identificado (1,37%). Verificando um percentual de 36,99% da equipe entrevistada mostra que não estão expostas a radiação ionizante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os profissionais de radiologia têm conhecimentos dos riscos à saúde e buscam se proteger, mas os ambientes de trabalho não oferecem

condições adequadas. Os principais meios de preservação e promoção para saúde dos trabalhadores que de fato está relacionada às condições, principalmente do seu local de trabalho.

Levando-se em consideração a existência da radiação ionizante nos setores hospitalares, percebe-se que determinada situação a equipe multiprofissional questionaram quanto ao ambiente que trabalham.

Conseqüentemente, o grande desgaste físico por parte dos profissionais ficarem período de tempo bastante longo devido à demanda de paciente, além disso, os riscos profissionais como as condições de ergonomia que os mesmos enfrentam, por exemplo, equipamento com defeito, a condução térmica, ventilação e iluminação em condições todas insuficientes, além do excesso de ruído que os setores de radiologia podem trazer. Contudo, percebe-se que os profissionais precisam ser capacitados quanto a condições de trabalho como também serem treinados segundo a legislação, conseqüentemente, devido ao aumento do número de profissionais que trabalham com radiação, necessita-se promover o uso adequado dos equipamentos de proteção individual como proteção coletiva.

Devido aos grandes acidentes provenientes da radiação ionizante nota-se a importância de ter uma padronização de programas e intervenções visando sempre na diminuição dos riscos da radiação em si e na população. Recomenda-se que haja mais fiscalização desses ambientes e maior conscientização da segurança para os profissionais.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Tiago Jorge et al. Riscos ocupacionais dos técnicos em radiologia na assistência ao portador de múltiplos traumas. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 40, n. 1, p. 106-113, 2016.

AREOSA, J. Riscos ocupacionais da imagiologia: estudo de caso de um hospital português. Tempo social: **revista de sociologia da USP**, v. 32, n. 2, p. 297-318, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria MTB nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as normas regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da consolidação das leis do trabalho, relativas à segurança e medicina do trabalho. NR-6 – Equipamento de proteção individual-EPI. Portaria SIT/DSST nº 162, de 12 de junho de 2006. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**; 16/05/2006.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR 32 Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.

_____. Resolução nº 38, de 2008. **Resolução Nº 38, de 4 de Junho de 2008**. Brasil, 04 jun. 2008. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0038_04_06_2008.html Acesso em: 08 nov. 2018.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**. Elsevier Brasil, 2008.

ESPÍNDOLA, Karla Katiene Linhares; RAMOS, Islane Costa; LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO: PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS TÉCNICOS EM RADIOLOGIA. **Cienc Cuid Saude**, S.l., v. 3, n. 7, p.311-318, jul. 2008. Trimestral. Disponível em: <http://www.monteklinikum.com.br/artigos_enf/islane

/MEDIDAS-DE-PREVENCAO-E-CONTROLE-DE-INFECCAO-PERCEPCAO-E.pdf>. Acesso em: 08 maio 2019.

FERNANDES, Geraldo Sérgio; CARVALHO, Antonio Carlos Pires; AZEVEDO, Ana Cecília Pedrosa de. Avaliação dos riscos ocupacionais de trabalhadores de serviços de radiologia. **Radiologia Brasileira**, v. 38, n. 4, p.279-281, ago. 2005.

FLOR, R. C.; GELBCKE, F. L. Análise das cargas de trabalho decorrentes da práxis da enfermagem em serviço de hemodinâmica. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 7034-7041, dez. 2013.

HUHN, A.; AMBROSINA, M. Plano de proteção radiológica e responsabilidade ética. **Brazilian Journal of Radiation sciences**, v.4, n.1A, 2016.

HUNGARO, ANAI ADARIO et al. RISCOS OCUPACIONAIS QUÍMICOS E ENFERMAGEM: ANÁLISE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TEMA. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, [S.l.], v. 19, n. 1, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1525>>. Acesso em: 23 set. 2018.

MELO, J.A.C. **Competências de enfermeiros (as) e técnicos (as) em enfermagem no processo de trabalho em tecnologias radiológicas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

OLIVEIRA, Sergio Ricardo de et al. Qualificação dos técnicos em radiologia: histórias e questões atuais. 2013. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13873/2/Trabalhadores%20T%C3%A9cnicos%20em%20Sa%C3%BAde_Qualificacao%20dos%20Técnicos%20em%20Radiologia.pdf> Acesso em: 30 maio 2019

OKUNO, Emico. Efeitos biológicos das radiações ionizantes: acidente radiológico de Goiânia. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 77, p. 185-200, 2013.

PACHECO, José Geraldo; SANTOS, Marcelo Benício dos; TAVARES-NETO, José. Avaliação dos serviços de radiodiagnóstico convencional de dois hospitais da rede pública estadual de Rio Branco, Acre. **Radiologia Brasileira**, [s.l.], v. 40, n. 1, p.39-44, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-39842007000100010>.

SANTOS JUNIOR, Bartolomeu José dos et al. Riscos ocupacionais em centros de radiodiagnóstico. **Revista de Enfermagem**, Uerj, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p.365-370, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a05.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL SOB A VISÃO DE ADOLESCENTES GESTANTES

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 20/01/2020

Silas Santos Carvalho

Universidade Estadual de Feira de Santana
(UEFS)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3164155372304077>

Ludmila Freitas de Oliveira

Faculdade Anísio Teixeira (FAT)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1961705248308671>

Jamara Souza Santos

Faculdade Anísio Teixeira (FAT)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8595316713613796>

Maria Vanuzia Santos da Silva

Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1208080924149341>

Muriel Sampaio Neves

Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Picos-Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2004706418547853>

Rafael Gonçalves de Souza

Universidade Salvador (UNIFACS)
Salvador-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6758594121044309>

Sara Nadja dos Santos Carneiro

Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Salvador-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0767408262515184>

Silas Marcelino da Silva

Secretaria de Saúde da Cidade do Recife
Recife-Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/8563291860648628>

Taiane Pereira da Silva

Faculdade Anísio Teixeira (FAT)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2651380893138557>

Thais da Silva Ramos Fonseca

Faculdade Anísio Teixeira (FAT)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9390327133715308>

Thais do Lago Silva

Faculdade Anísio Teixeira (FAT)
Feira de Santana-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9026374572749478>

Thayssa Carvalho Souza

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
(UFRB)
Santo Antônio de Jesus-Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0371416357269710>

RESUMO: O objetivo desse estudo é analisar a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal. Trata-se de um estudo qualitativo de análise descritiva. Participaram 10 gestantes

adolescentes cadastradas nas áreas de abrangência de uma unidade de saúde onde realizaram a consulta de pré-natal no município de Feira de Santana-BA, em 2016. Foi realizada uma entrevista, orientada por um roteiro semiestruturado. Ainda existe falta de informação e conhecimento sobre a importância do pré-natal; relevante influência da família na adesão ao pré-natal e os pontos positivos e negativos sobre a consulta de enfermagem no pré-natal, indicando as possibilidades da atuação do enfermeiro para uma melhor assistência. Percebe-se a necessidade de ampliação e melhoria da assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência, Cuidado pré-natal, Enfermagem, Humanização da assistência.

PRENATAL NURSING CARE UNDER THE VISION OF PREGNANT TEENS

ABSTRACT: The aim of this study is to analyze the perception of pregnant adolescents about prenatal nursing care. This is a qualitative study of descriptive analysis. Ten pregnant women registered in the areas covered by a health unit attended the prenatal consultation in the municipality of Feira de Santana-BA in 2016. An interview was conducted, guided by a semi-structured script. There is still a lack of information and knowledge about the importance of prenatal care; Relevant influence of the family on prenatal adherence and the positive and negative points about the prenatal nursing consultation, indicating the possibilities of the nurse's performance for better care. It is noticed the need for expansion and improvement of prenatal care performed by nurses.

KEYWORDS: Pregnancy in adolescence, Prenatal care, Nursing, Humanization of assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é caracterizada por diversas mudanças fisiológicas, psicológicas e hormonais na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade. Dessa forma, a adolescência representa um dos momentos mais vulneráveis do ciclo vital humano, requerendo ações e cuidados amplos, prévios e concomitantes ao seu desenrolar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; OKUDA et al., 2017; ALVES et al., 2014).

Diante da grande metamorfose presente na vida do adolescente incluem-se o início precoce da vida sexual, questionamentos quanto à sexualidade e a ausência e/ou uso inadequado dos métodos contraceptivos. Os programas do governo, como os de planejamento familiar, objetivam auxiliar o planejamento e prevenção do índice de gravidez na adolescência (JEZO et al., 2017; LIMA et al., 2017; PINTO; OLIVEIRA; SOUZA, 2013).

Aproximadamente 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos no mundo partem a cada ano, o que equivale a 11% de todos os nascimentos. O percentual de nascidos vivos de mulheres, no Brasil, entre a puberdade e adolescência em 2005

representou 21,6% do total, variando as taxas entre os estados, sendo os menores no Distrito Federal (15,8%) e em São Paulo (16,9%), e as maiores no Maranhão (30,2%) e no Pará (29,9%) (LIMA et al., 2016; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2013).

O pré-natal é fundamental no cuidado com a saúde da mulher e de seu bebê. Além do cuidado da saúde física, orienta-se à mulher sobre sua gravidez, os cuidados que ela deve ter neste período, em relação à nutrição, os exercícios, o trabalho de parto, parto, aleitamento, entre outros temas. Os enfermeiros devem desenvolver a competência de lidar com a gestante adolescente para dissipar toda e qualquer dúvida que envolve este fenômeno de extrema relevância para a saúde pública (FONSECA et al., 2014; SANTOS et al., 2018; DOMINGUES et al., 2015).

Discutir gravidez na adolescência remete ao pensamento sobre o impacto que esse fato tem sobre a sociedade, sobre a família e, sobretudo, para o indivíduo em questão. Portanto, destaca-se a necessidade de reflexão sobre o papel do enfermeiro na assistência à gestante adolescente, bem como da discussão de novos meios e técnicas que garantam à gestante um cuidado acolhedor, humanizado e resolutivo. Diante do exposto, levanta-se a seguinte questão norteadora: Qual é a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal?

Assim, o presente estudo tem por objetivo analisar a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, nos meses de outubro e novembro de 2016.

O público alvo constituiu-se de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, que realizaram, pelo menos, três consultas de enfermagem no pré-natal pelo enfermeiro da equipe e que aceitaram participar espontânea e formalmente da pesquisa. As mesmas foram orientadas quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Não foram incluídas na pesquisa aquelas com incapacidade de comunicação, deficientes auditivas e que tinham algum comprometimento mental diagnosticado.

Mediante os critérios estabelecidos, as entrevistas foram realizadas até obter uma saturação de respostas que alcançaram o objetivo proposto, chegando a uma quantidade de 10 gestantes adolescentes.

A entrevista foi realizada em local reservado, no consultório de enfermagem da unidade de saúde, sem que houvesse a interferência de outros indivíduos. Para auxiliar no levantamento dos dados, foram realizadas entrevistas com uso de roteiro

semiestruturado, composto de questões fechadas para caracterização dos sujeitos e questões abertas referentes à temática em estudo, aplicada individualmente, com uso de mídia digital do tipo gravação de áudio para registrar a fala das participantes.

O roteiro de entrevista foi dividido em duas partes: a primeira com dados sociodemográficos e obstétricos das participantes, tais como: idade, raça/cor, local de moradia, ocupação, situação conjugal, grau de escolaridade, religião, quantidade de filhos e gestações; e na segunda parte, responder as questões: “Qual é a sua percepção sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal?” e “Quais os benefícios do pré-natal para você?”.

A análise do material empírico produzido possui como referencial teórico metodológico a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo, que contempla três etapas: pré-análise, na qual foi realizada a leitura flutuante e constituição do corpus textual; exploração do material, na qual buscou-se encontrar as categorias temáticas (expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala deve ser organizado); e o tratamento do conteúdo obtido com interpretação (MINAYO, 2014).

A organização dos dados teve início com a transcrição seguindo de organização das entrevistas. Tendo em vista o sigilo das identidades das participantes, estas foram identificadas pela nomenclatura de flores. Em seguida, realizou-se a classificação e a categorização das falas, com sínteses coincidentes e divergentes de ideias e sua ligação, ou não, a alguma categoria.

As categorias foram divididas conforme as seguintes abordagens: a busca do pré-natal; a influência da família na adesão ao pré-natal; e limites e possibilidades da atuação do enfermeiro na assistência pré-natal.

Conforme a Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana, Bahia, Brasil, restringindo-se a coleta dos dados somente após emissão de parecer favorável de nº 1.785.782 em 21 de outubro de 2016.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 10 gestantes adolescentes com idade entre 15 e 19 anos. Todas apresentavam ensino médio incompleto. Quanto ao vínculo empregatício, a maioria das participantes referiu ser “do lar” (9) e de classe média baixa (9), sendo que 01 havia sido contratada recentemente por uma empresa de Telemarketing. Todas as participantes do estudo declararam-se solteiras, porém com namorado/companheiro que tinha conhecimento sobre a gestação e as apoiavam.

Nove participantes referiram ser da religião católica.

Percebeu-se que todas as participantes apresentavam perfil para receber atenção pré-natal de baixo risco, conforme proposto no serviço. Achados semelhantes também foram encontrados em outras investigações (CARVALHO et al., 2016; SOUSA, 2013).

Os depoimentos que formaram as categorias, as quais foram construídas tomando como base as falas das entrevistadas e agrupamento textual similar, revelaram três categorias temáticas (C): A busca pelo pré-natal (C1); Pontos positivos e negativos (C2); e Esclarecimento das dúvidas durante as consultas (C3).

3.1 C1: A busca pelo pré-natal

O primeiro núcleo de sentido destaca como ocorre a busca pelo atendimento pré-natal pelas adolescentes, quem são seus acompanhantes nas consultas e quem realiza o atendimento.

Foi possível observar que as gestantes procuram a unidade de saúde para obter o serviço pré-natal assim que descobrem a gravidez, ainda no primeiro trimestre gestacional, iniciando assim o acompanhamento:

“Assim que descobri, minha mãe veio marcar o pré-natal pra mim” (Hortência).

“Desde que eu descobri que “tava” grávida [...] com dois meses” (Rosa).

No entanto, podemos detectar a falta de informação e conhecimento sobre a importância do pré-natal, conforme visualizado na fala a seguir:

“Tem 2 meses só, porque eu descobri que tava grávida com 3 meses, eu não entendia nada direito, nem sabia que precisava fazer isso de pré-natal” (Narciso).

É importante que haja esclarecimento do significado do pré-natal e de sua importância para a gestante, como também o incentivo da realização deste acompanhamento. Estudo realizado sobre os indicadores da qualidade da atenção pré-natal na rede básica do Brasil revelou que a gestação na adolescência implica em maior risco para o binômio materno-infantil. Assim, a assistência de pré-natal deve priorizar esse grupo que possui grandes necessidades em saúde, devido ao menor acesso aos serviços de saúde e escassez de políticas públicas (TOMASI et al., 2017).

Recomenda-se que o início do acompanhamento pré-natal ocorra nos primeiros três meses de gestação, sendo fundamental o planejamento das consultas e um atendimento de eficiência durante todo processo de acompanhamento, no qual deve-se efetuar ao menos um total de seis consultas durante a gestação (ROSA; SILVEIRA; COSTA; 2014).

É necessária a busca de estratégias para causar nas gestantes o interesse em procurar o serviço, tais como: apoiar os agentes comunitários de saúde a exercer uma procura efetiva deste grupo; oferecer um acolhimento e assistência competente com qualidade do cuidado; prover informações confiáveis e adequadas; estabelecer boas relações entre os profissionais de saúde e as gestantes (ROSA; SILVEIRA; COSTA; 2014; CARVALHO et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2016).

O apoio da família e do parceiro é fundamental para o sucesso da gravidez, sobretudo pelo fato de que as adolescentes percebem que não estão desamparadas. Este apoio revela total segurança para a adolescente, além de soar como fator extremamente positivo, pois reforça a adesão destas gestantes ao acompanhamento do pré-natal.

Observou nesse estudo que as gestantes procuraram as unidades de saúde assim que descobriram a gravidez, mesmo não sabendo claramente a função da consulta pré-natal e a presença de um acompanhante durante a consulta foi entendida pelas participantes como de suma importância, por deixar a adolescente mais segura e confiante para as demais consultas.

Familiares e amigos são os acompanhantes da maioria das adolescentes participantes da pesquisa nos atendimentos:

“Minha mãe vem, meu namorado veio uma vez também” (Cravo).

“Minha tia sempre vem comigo, minha mãe não pode vir porque está no trabalho” (Margarida).

“Venho com minha avó” (Orquídea).

As gestantes apontam a participação de seus acompanhantes como um importante fator em sua gestação, além de ser uma direção importante, pela colaboração dada através do conhecimento sobre o novo ciclo transmitido e o acolhimento recebido. Através desse cuidado realizado durante o acompanhamento de pré-natal, a gestante e sua família estão preparadas para pensar e estruturar melhor suas rotinas (OLIVEIRA et al., 2016).

Os programas de saúde sexual e reprodutiva ainda são frágeis quanto à inclusão e incentivo à presença e participação do companheiro da gestante no pré-natal. Importante que haja uma especial atenção quanto a essa inclusão, pois isso implica em melhor apoio à mulher em seu período pré-natal, repercutindo positivamente em seu autocuidado e no relacionamento (COSTA; TAQUETTE, 2017).

Evidências científicas revelam que o relacionamento dos companheiros com as adolescentes durante o pré-natal ampliou a afetividade do casal e a autoestima da gestante e constituiu fonte de confiança e intimidade (BRAGA et al., 2014; MARTELLO et al., 2017).

Constata-se na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº

94.406/87, que o pré-natal de baixo risco pode ser completamente assistido pelo enfermeiro. Na presente pesquisa fica evidenciado que a maior parte dos atendimentos é realizada pelas enfermeiras conforme as falas abaixo:

“Com a enfermeira. Antes eu achava que ela era médica, parece uma médica” (Tulipa).

“A enfermeira”. (Rosa).

“A enfermeira que me atende” (Narciso).

O enfermeiro tem se destacado pela assistência na consulta de pré-natal, tendo função de realizar uma atenção qualificada e acolhimento à gestante, como as circunstâncias que a envolvem, identificando e priorizando as necessidades, promovendo encaminhamentos e orientações para obter bons resultados até o nascimento da criança (SANTOS et al., 2018).

Adolescentes apresentaram pouco conhecimento a respeito da consulta de pré-natal, bem como demonstraram difícil acesso aos serviços de saúde antes da gestação, fato que evidencia o crescente número de gravidez precoce e recorrente. Outros estudos realizados com gestantes adolescentes revelaram que a gravidez ocorreu de forma inesperada e sem planejamento e que algumas dessas adolescentes desconheciam os riscos da gestação e por isso demonstraram satisfação com esse período (OLIVEIRA et al., 2016; ORSO et al., 2016).

No decorrer da consulta é pertinente verificar se as expectativas foram esclarecidas, se suas dúvidas foram solucionadas e realizar as orientações relacionadas ao acompanhamento pré-natal, e certificar-se que foram compreendidas. Esse processo faz com que a gestante assuma a responsabilidade de manter uma regularidade de sua frequência nas consultas (ROCHA; ANDRADE, 2017).

3.2 C2: Pontos positivos e negativos

O segundo núcleo de sentido destaca como a adolescente gestante se sente em relação ao atendimento, os pontos positivos e os negativos:

“Eu gosto do atendimento” (Cravo).

“O atendimento é bom, ela atende bem” (Margarida).

“Não tenho o que reclamar” (Orquídea).

É importante que a população esteja satisfeita em relação ao atendimento de saúde para ter uma melhor qualidade no seu pré-natal e uma satisfação na hora de voltar à consulta. Porém existem pontos negativos que atrapalham o desenvolvimento do trabalho:

“Eu acho que só a demora de atender que é demais” (Rosa).

“No dia que foi as estudantes fiquei insegura, a professora tava com elas também, mas prefiro o atendimento da enfermeira” (Girassol).

“Só acho que ela podia explicar melhor as coisas, tipo, eu nunca soube até quando podia ter relações sexuais ou se podia durante a gestação, e nunca perguntei, porque não me sentia a vontade, ficava com vergonha” (Margarida).

Os profissionais da área da saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar sensibilizados para a humanização da assistência prestada à clientela, tal como proposto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (CARVALHO et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2016).

Nesse estudo, a demora durante o atendimento foi um ponto negativo exposto pelas adolescentes, fato que poderia ser resolvido com conversas e explicações do motivo pelo qual essa consulta deve ser minuciosa e não fazer rápida ou de qualquer jeito.

As gestantes também referiram desconforto ao serem atendidas por outras pessoas que não seja a enfermeira que começou o pré-natal e insegurança em relação aos estudantes de enfermagem. Além disso, foi perceptível que houve deficiência em orientações relacionadas à sexualidade, onde uma gestante ressaltou que não sabia até quando poderia ter relações sexuais na gestação. Dentre outros questionamentos, isso precisa ser explicado durante as consultas, assim como prestar orientações e perguntar-lhes se ainda existem dúvidas relacionadas a algo, pois é o papel do enfermeiro deixar essa gestante consciente de tudo que está se passando com ela e com o seu bebê.

No pré-natal é essencial superar condutas tecnicistas que priorizem apenas procedimentos técnicos. Estudo desenvolvido também com gestantes adolescentes, foi evidenciado que a consulta de enfermagem no pré-natal baseou-se em procedimentos técnicos. Por outro lado, não houve identificação de feedback das informações fornecidas (RODRIGUES et al., 2016).

3.3 C3: Esclarecimento das dúvidas durante a consulta

O terceiro núcleo de sentido vem indagar as adolescentes gestantes sobre o esclarecimento de suas dúvidas em relação à consulta de pré-natal e a gestação, e se a maneira pela qual é transmitida a informação também é compreendida pelas gestantes:

“Entendo tudo” (Rosa).

“Até agora sim” (Orquídea).

É necessário que a enfermeira esteja sempre incentivando as gestantes a tirarem suas dúvidas sobre qualquer assunto que seja relacionado à gestação, para que haja uma redução de pontos negativos referentes à insatisfação das gestantes

quanto à consulta de pré-natal e sua saúde, e para que a qualidade da assistência não seja prejudicada por falta de esclarecimento e intimidade com a cliente, como observado nas falas a seguir:

“Entendo mais ou menos, porque é muita informação. Ultimamente estou tendo muitas dúvidas sobre o trabalho de parto, o que acontece no início, essas coisas assim” (Cravo).

“Às vezes me dá dúvida dos exames, quando tenho que fazer, pra que eles servem e porque tenho que fazer várias vezes tantos exames” (Margarida).

O profissional deve oferecer uma consulta qualificada e com olhar humanizado, baseada no vínculo e acolhimento com as adolescentes, prestando informações claras e relevantes para diminuir todos os medos e as possíveis dúvidas. Para isso, deve-se compreender o que elas entendem por pré-natal, o porquê de realizar a consulta todo mês e oferecer um ambiente privativo e confiável para os atendimentos (OLIVEIRA et al., 2016; ROCHA; ANDRADE, 2017; RODRIGUES et al., 2016; CARVALHO et al., 2018).

Por meio da compreensão do contexto no qual a gestante está inserida e do significado da gravidez para a mesma, poderão ser estabelecidas estratégias de cuidado que permeiam suas reais necessidades (ORSO et al., 2016).

O pré-natal é um período essencial para essas gestantes na unidade, onde ela vai buscar informações seguras para sua gestação, orientações e confiar a sua vida e a do seu filho, para que tenham uma gravidez tranquila. Assim, a(o) enfermeira(o) deve falar a essa gestante sobre todos os riscos e informar a importância de cada procedimento e exame, com humanização e olhar holístico (RODRIGUES et al., 2016; CARVALHO et al., 2018).

Vale salientar que este estudo limita-se pelo recorte metodológico, pois retrata uma realidade local/regional, e pela escassez de literatura científica que aborda a temática, considerando a assistência pré-natal do enfermeiro ao público adolescente. Todavia, seus achados contribuem para o corpo de evidências em questão e remetem à necessidade de investigações futuras com amostra mais robusta e em demais regiões para fins de comparações.

4 | CONCLUSÃO

Percebe-se que houve concordância de que há necessidade de melhoria da assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro, tais como prestar esclarecimento dos exames que são solicitados durante as consultas e estar atento, observando as reações das adolescentes, que muitas vezes, podem demonstrar dúvida.

Destarte, acredita-se que esse estudo possa contribuir para a reflexão da atuação do enfermeiro nas consultas de pré-natal, especialmente do público adolescente.

Assim, propõe-se que novas investigações sejam desenvolvidas, buscando-se evidenciar aspectos ímpares da atuação do enfermeiro, visando acompanhar o modo como se configura a sua assistência nessas consultas.

REFERÊNCIAS

ALVES, E.V.G.; CAMPOS, K.F.C.; FONSECA, T.G.; ARAÚJO, A. **Estudo dos antecedentes perinatais de mães adolescentes em Buenópolis/Minas Gerais**. Rev Enferm Cent O Min. Vol. 3, n. 4, p.1300-1309, 2014.

BRAGA, I.F.; OLIVEIRA, W.A.; SPANÓ, A.M.N.; NUNES, M.R.; SILVA, M.A.I. **Perceptions of adolescents concerning social support provided during maternity in the context of primary care**. Esc Anna Nery Rev Enferm. Vol. 18, n. 3, p. 448-455, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 out 2019.

CARVALHO, R.A.S.; SANTOS, V.S.; MELO, C.M.; GURGEL, R.Q.; OLIVEIRA, C.C.C. **Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju**. Epidemiol Serv Saude. Vol. 25, n. 2, p. 271-280, 2016.

CARVALHO, S.S.; OLIVEIRA, B.R.; BEZERRA, I.S.A. **Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura**. Rev Educ Saúde. Vol. 7, n. 2, p. 142-150, 2019.

CARVALHO, S.S.; OLIVEIRA, B.R.; NASCIMENTO, C.S.O.; GOIS, C.T.S.; PINTO, I.O. **Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação do setor de acolhimento com classificação de risco às gestantes**. Rev Bras Saúde Mater Infant. Vol. 18, n. 2, p. 309-315, 2018.

COSTA, S.F.; TAQUETTE, S.R. **Atenção à gestante adolescente na rede SUS - o acolhimento do parceiro no pré-natal**. Rev Enferm UFPE. Vol. 11, n. 5, p. 2067-2074, 2017.

DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; TORRES, J.A.; THEME-FILHA, M.M.; GAMA, S.G.N. et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. Vol. 37, n 3, p. 140-7, 2015.

FONSECA, S.C.; MONTEIRO, D.S.A.; PEREIRA, C.M.S.C.; SCORALICK, A.C.D.; JORGE, M.G.; ROZARIO, S. **Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil**. Ciênc Saúde Colet. Vol. 19, Vol. 7, p. 1991-1998, 2014.

JEZO, R.F.V.; RIBEIRO, I.K.S.; ARAÚJO, A.; RODRIGUES, B.A. **Gravidez na Adolescência: Perfil das Gestantes e Mães Adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde**. Rev Enferm Cent O Min. Vol. 7, 2017.

LIMA, M.N.F.A.; COVIELLO, D.M.; LIMA, T.N.F.A.; ALVES, E.S.R.C.; DAVIM, R.M.B.; BOUSQUAT, A. **Adolescents, pregnancy and care in primary health care services**. J Nurs UFPE. Vol. 11, Supl.5, p. 2075-82, 2017.

LIMA, T.N.F.A.; COVIELLO, D.M.; LIMA, M.N.F.A.; ALVES, E.S.R.C.; DAVIM, R.M.B.; BOUSQUAT, A.E.M. **Social support networks for adolescent mothers**. J Nurs UFPE. Vol. 10, Supl. 6, p. 4741-50, 2016.

MARTELLO, N.V.; WILHELM, L.A.; CREMONESE, L.; PRATES, L.A.; TIMM, M.S.; RESSEL, L.B. **Práticas de cuidado realizadas pelo companheiro na perspectiva da gestante**. Rev Enferm UFPE. Vol. 11, Supl. 11, p. 4574-8, 2017.

MINAYO, M.C.S. Apresentação. In: R Gomes. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanês; p.5-7, 2014.

OKUDA, G.T.; CAVALHIERI, F.B.; PEREIRA, A.C.S.; DANNO, C.H.; TAKEDA, E.; DI STASI, G.G. **Perfil Social e Obstétrico de Gestantes Adolescentes**. Ciênc Cuid Saúde. Vol. 16, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, L.F.M.; DAVIM, R.M.B.; ALVES, E.S.R.C.; RODRIGUES, E.S.R.C.; NÓBREGA, M.F.; TORQUATO, J.A. **Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto**. Rev Enferm. UFPE. Vol. 10, n. 2, p. 395-406, 2016.

ORSO, L.F.; MAZZETTO, F.M.C.; SIQUEIRA, F.P.C.; CHADI, P.F. **Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto**. Rev Enferm. UFPE. Vol. 10, n. 6, p. 4870-4879, 2016.

PINTO, J.F.; OLIVEIRA, V.J.; SOUZA, M.C. **Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis - Minas Gerais**. Rev Enferm Cent O Min. Vol. 3, n. 1, p. 518-530, 2013.

ROCHA, C.A.; ANDRADE, S.G. **Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: Percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga - GO em diferentes contextos sociais**. Rev Enferm Contemp. Vol. 6, n. 1, 2017.

RODRIGUES, I.R.; RODRIGUES, D.P.; FERREIRA, M.A.; PEREIRA, M.L.D.; BARBOSA, E.M.G. **Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes**. Rev RENE. Vol. 17, n. 6, p. 774-781, 2016.

ROSA, C.Q.; SILVEIRA, D.S.; COSTA, J.S.D. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte**. Rev Saúde Pública. Vol. 48 n. 6, p. 977-984, 2014.

SANTOS, L.A.V.; LARA, M.O.; LIMA, R.C.R.; ROCHA, A.F.; ROCHA, E.M.; GLÓRIA, J.C.R.; RIBEIRO, G.C. **História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil**. Ciênc Saúde Colet. Vol. 23, n. 2, p. 617-625, 2018.

SANTOS, L.F.; BRITO, S.S.; MUTTI, C.F.; SANTOS, N.S.S.; EVANGELISTA, D.R.; PACHECO, L.R. **Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde**. Rev Enferm UFPE. Vol. 12, n. 2, p. 337-44, 2018.

SOUSA, R.F. **Religiosidade no Brasil**. Estud Av. Vol. 27, n. 79, p. 285-288, 2013.

TOMASI, E.; FERNANDES, P.A.A.; FISCHER, T.; SIQUEIRA, F.C.V.; SILVEIRA, D.S.; THUMÉ, E. et al. **Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais**. Cad. Saúde Pública. Vol. 33, n. 3, 2017.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy**. 2013. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health – a Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva; 1986.

ATUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS) EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 09/03/2020

Cassia Lopes de Sousa

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0625215425662303>

Amanda da Silva Guimarães

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4627055760499228>

Bianca Gabriela da Rocha Ernandes

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3431412325958077>

Hanna Ariela Oliveira Medeiros

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4178556735432503>

Jarlainy Taise Calinski Barbosa

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/1702365140859610>

Juliana da Silva Oliveira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2661062553948313>

Laricy Pereira Lima Donato

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0797335253181626>

Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7876584903056004>

Pâmela Mendes dos Santos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8493075456667031>

Sara Dantas

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5228776567816352>

Taiza Félix dos Anjos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3995415359637836>

Teresinha Cícera Teodoro Viana

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0617192065336447>

RESUMO: O aumento da incidência de ISTs na população acima dos 50 anos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como desafio para o Brasil no sentido do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que garantam o alcance de medidas preventiva. O estudo objetivou descrever sobre as ações dos acadêmicos de enfermagem do 6º período no diagnóstico precoce das ISTs

em idosos. Estudo descritivo, na modalidade de relato de experiência, resultante de uma atividade prática desenvolvida através do projeto de iniciação científica através da solicitação de uma comunidade evangélica, destinada aos idosos. A ação foi desenvolvida pelos acadêmicos acompanhados da professora responsável pelo projeto, com participação de 30 idosos, os atendimentos foram realizados em local privativo, com intuito de manter a privacidade dos idosos durante o procedimento de coleta de material para a realização dos testes rápidos. Os idosos aceitaram a proposta do diagnóstico precoce por meio do teste rápido, onde muitos relataram nunca ter realizado o exame e alguns relataram a facilidade da realização do exame como a agilidade na entrega dos resultados. Dentre os idosos atendidos pelos acadêmicos, todos os testes rápidos realizados para Sífilis, HIV, Hepatite B e HBC, apresentaram não reagente. A percepção dos idosos em relação à assistência prestada pelos acadêmicos foi de satisfação, o que é um importante ponto a ser considerado, na promoção da saúde, no cuidado à pessoa idosa, no desejo pelo diagnóstico precoce. A experiência vivenciada foi oportuna para o estabelecimento de vínculo e confiança com os idosos ressaltando que o tema abordado tem enfoque inovador com implantação de intervenções preventivas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso. Educação em Saúde. Prevenção de ISTs.

ACTING FROM ACADEMICS NURSING AT PREVENTION OF INFECTIONS SEXUALLY TRANSMITTED (ISTS) IN ELDERLY: REPORT EXPERIENCE

ABSTRACT: The increase in the incidence of STIs in the population over 50 years old grows like no other age group, emerging as a challenge for Brazil in the sense of establishing public policies public and strategies that guarantee the reach of preventive measures. The study aimed to describe the actions of nursing academics in the 6th period in the early diagnosis of STIs in the elderly. Descriptive study, in the modality of an experience report, resulting from a practical activity developed through the scientific initiation project through the request of an evangelical community, aimed at the elderly. The action was developed by the academics accompanied by the teacher responsible for the project, with the participation of 30 elderly people, the atendiments were held in a private place, in order to maintain the privacy of the elderly during the material collection procedure for the performance of rapid tests. The elderly accepted the proposal of early diagnosis through the rapid test, where many reported never having performed the exam and some reported the ease of performing the exam as a the agility in delivering the results. Among the elderly attended by the academics, all rapid tests performed for Syphilis, HIV, Hepatitis B and HBC, showed non-reactive. The perception of the elderly in relation to the assistance provided by the academics was of satisfaction, which is an important point to be considered, in health promotion, in the care for the elderly, in the desire for early diagnosis. The lived experience was opportune for the establishment of bond and trust with the elderly, emphasizing that the topic addressed has an innovative approach with the implementation of preventive interventions.

KEYWORDS: Health of the Elderly. Health Education the. Prevention of STIs.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que define um ciclo de vida do indivíduo. No Brasil, é definido como idoso todo aquele indivíduo com 60 anos ou mais. Segundo o IBGE, a população idosa brasileira é composta por 29.374 milhões de pessoas, totalizando 14,3% da população total do país (BRASIL, 2020).

Com o aumento da expectativa de vida, cresce também as tecnologias voltadas para o público da terceira idade, em virtude disso, a criação de políticas públicas e estratégias voltada para esse público é de suma importância. Embora muitos acreditem que os indivíduos da terceira idade não tenham vida sexualmente ativa, hoje, no mercado existem diversos métodos que contribuem para um melhor desempenho sexual. A sexualidade no idoso ainda é um tabu, o que torna eles mais vulneráveis a exposições de infecções sexualmente transmissíveis (SILVA, Jessica Dalia Brito et al., 2017).

As IST são Infecções Sexualmente Transmissíveis, causadas por fungos, bactérias ou vírus, sua transmissão ocorre principalmente por meio de contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de preservativos. A probabilidade dos idosos contraírem uma IST para ser inexistente aos olhos da sociedade, e também dos próprios idosos, que na maioria das vezes não são adeptos ao uso de preservativos. Segundo o boletim epidemiológico de 2019 do Ministério da Saúde, no período de 2017 a 2019 foram notificados 3.838 novos casos de HIV no Brasil em pessoas acima de 60 anos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019; MASCHIO, Manoela Busato Mottin et al., 2011).

A falta de políticas públicas voltada para esse público, é um fator contribuinte para o aumento de IST em idosos. A educação em saúde é de suma importância, visto que, o processo educativo incentiva o indivíduo a despertar mudanças de hábitos de vida e conseqüentemente resultando na melhoria de qualidade de vida dos mesmos.

Diante do exposto o objetivo geral foi identificar Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por meio da realização de testes rápidos em população da terceira idade, com intuito de melhoria na educação e prevenção sexual, optou-se por estudar quatro importantes infecções: Sífilis, HIV/AIDS, Hepatite B e Hepatite C.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, na modalidade relato de experiência, decorrente de uma atividade prática desenvolvida através do projeto de iniciação científica por meio da solicitação de um grupo de idosos, em uma

comunidade evangélica em Cacoal, interior do Estado de Rondônia, objetivando a identificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por meio da realização de testes rápidos em população da terceira idade, com intuito de melhoria na educação e prevenção sexual, optou-se por estudar quatro importantes infecções: Sífilis, HIV/AIDS, Hepatite B e Hepatite C.

A ação realizada teve como propósito abordar idosos acima de 50 anos, de maneira que os dados coletados pudessem expor o diagnóstico precoce dos idosos às IST. Nesse cenário, é identificada a importância da educação sexual, promovendo saúde e prevenção de doenças, apresentando ações educativas.

O estudo surgiu através da necessidade de idealizar novas estratégias para saúde sexual promovendo qualidade de vida, quebrando tabus e contribuindo que os idosos tenham acesso ao direito e cuidado da saúde sexual, reduzindo a ocorrência de casos de IST. Deste modo, torna-se necessário que os idosos recebam aconselhamentos sobre as práticas sexuais, durante atividades educativas, por meio de palestras e rodas de conversas, uma vez que tem papel indispensável na detecção precoce de IST, em virtude que os idosos são mais vulneráveis a infecções e acarretando agravos a sua saúde (ANDRADE, Juliane *et al.*, 2017).

O projeto foi idealizado pelas acadêmicas do 6º período do curso de enfermagem através do projeto de iniciação científica na disciplina de gerenciamento da assistência de enfermagem, no qual foi realizado com um grupo de 30 idosos, por meio de palestras, com finalidade na educação sexual e prevenção. O grupo foi dirigido pela professora responsável pelo projeto e os acadêmicos de enfermagem, com fundamento teórico do Ministério da saúde e artigos relacionados ao tema, retirados do Google Acadêmico e Scielo.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Realizada ação em uma comunidade evangélica do município de Cacoal- RO, no período matutino. As acadêmicas foram recebidas pela comunidade com um jejum e após a pequena confraternização, foram apresentadas pela professora responsável do projeto ao grupo de idosos.

O grupo era constituído por cerca de 30 idosos, os quais receberam orientações de quão importante são os testes rápidos para diagnóstico precoce, onde muitos inclusive relataram nunca ter feito nenhum teste e assim aceitaram a proposta de fazer naquele momento seu primeiro teste rápido.

Foram dispensadas ainda informações sobre a regularidade com que estes testes devem ser realizados, já que as situações de risco variam desde sexo desprotegido, compartilhamento de seringas, alicates de unhas, lâminas de barbear dentre outros objetos perfuro cortantes.

E também sobre a existência da janela diagnóstica, que segundo o Ministério da Saúde, corresponde ao período de tempo entre o contato que o indivíduo teve com o vírus até a detecção do marcador da infecção (antígeno ou anticorpo), desta forma a necessidade de refazer o teste após no mínimo 30 dias, caso o teste apresente não reagente após um contato de risco.

O atendimento foi realizado em ambiente privativo para que a coleta do material pudesse ser feita sem expor sua privacidade aos demais que estavam no local.

O segundo momento, após o término dos testes, foi separado para a entrega dos resultados individualmente, onde todos constaram como não reagente para Hepatite B, Hepatite C, HIV/AIDS e Sífilis, puderam tirar alguma dúvida que havia restado e alguns idosos ainda relataram a facilidade da realização do exame como a agilidade na entrega dos resultados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora nossa sociedade esteja em uma evolução continuada, é notável que nossos idosos vieram de uma geração em que falar sobre sexo é algo de grande dificuldade. Muitos iniciaram suas vidas sexuais muito cedo, não tiveram a oportunidade de conversar e tirar suas dúvidas sobre a sexualidade e os riscos que vem com seu início, na época pouco se falava sobre as Infecções sexualmente transmissíveis, gerando assim um hábito de não usar preservativos e não se considerarem um grupo vulnerável ao vírus.

O uso de medicamentos como o Viagra veio como o grande encorajador para ter uma vida sexual mais ativa em suas idades, no entanto os tornaram um grupo de risco elevado para as IST's, pois a falta de informação para esse público ainda grande, nosso estudo objetivou a conscientização sobre o uso de preservativos e os testes rápidos para a detecção de infecções promovendo assim uma qualidade de vida.

É de responsabilidade do profissional de saúde a educação continuada, planejando oficinas e conversas abertas sobre os riscos oferecidos do sexo sem segurança esclarecer dúvidas e criando uma relação de confiança com o idoso.

Tendo em vista os aspectos observados podemos concluir dizendo que os indivíduos em idade avançada estão vulneráveis as ISTs, por motivos que hoje com ajuda de alguns medicamentos torna-se possível que eles permaneça com sua vida sexual ativa, porém a falta de informação sobre um sexo protegido é precária, tornando essa faixa etária esta suscetível, deste modo é relevante a implementação de ações de educação em saúde continuada com temas voltados para IST no idoso.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Juliane et al. **Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis**. São Paulo 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis> Acesso em: 01/03/2020

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde de A a Z: saúde da pessoa idosa. 2020**. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 01/03/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico. HIV/Aids 2019**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>> Acesso em: 06/03/2020

DATA SUS, **Portal do Governo Brasileiro**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/testagem>>. Acesso em: 01/03/2020

LAROQUE, Mariana Fonseca et al. **Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 774-780, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400019>.

MASCHIO, Manoela Busato Mottin et al. **Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, Sept. 2011 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300021&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300021>

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa et al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400011>.

SILVA, JESSICA DALIA BRITO et al. **Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/ aids em idosos**. REVISTA UNINGÁ, [S.l.], v. 53, n. 1, jul. 2017. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1418>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE GESTANTES HIPERTENSAS SOB ACOMPANHAMENTO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Data de aceite: 31/03/2020

Caxias-Ma

Bruna Lima de Carvalho

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Caxias-Ma

**Ianny Raquel Dantas Nascimento
Cavalcante**

Centro universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI.

Jociane Cardoso Santos Ferreira

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.

Jayra Adrianna da Silva Sousa

Universidade Estadual do Piauí, Teresina-PI.

Paulliny de Araújo Oliveira

Faculdade Santo Agostinho – FSA, Teresina –
Piauí.

Jeíse Pereira Rodrigues

Universidade Estadual do Pará - UEPA, Belém -
PA.

Quelrinele Vieira Guimarães

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Caxias-Ma

**Luciana Magna Barbosa Gonçalves de
Jesus**

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Caxias-MA.

Jainara Maria Vieira Galvão

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Caxias-Ma

Rosângela Nunes Almeida

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,
Caxias-Ma

Lívia Cristina da Silva Paiva

Universidade Estadual do Maranhão - UEMA,

RESUMO: A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica onde afeta todos os níveis sociais, incluindo diferentes idades e todos os sexos. Ela é considerada uma das causas para a morbi-mortalidade, onde é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças vasculares, sendo uma preocupação para as organizações públicas que cuidam da saúde, por conta do elevado custo em remédios e tratamentos, fora para os profissionais de saúde que encontram dificuldades, pois grande parte dos pacientes abandona o tratamento logo o desaparecimento de alguns sintomas. O objetivo principal desta pesquisa foi analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas síndromes hipertensivas na gestação. Quanto aos objetivos específicos: conhecer como a Síndrome Hipertensiva é dividida; identificar os sinais e sintomas da Síndrome Hipertensiva em gestantes no pré-natal, segundo o olhar do enfermeiro e levantar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome Hipertensiva em gestantes. A metodologia

aplicada nesse estudo, foi um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, com gestantes hipertensas do município de Caxias-MA. Foi possível observar que é de suma importância o acompanhamento de gestantes durante o pré-natal pelos profissionais de enfermagem, no sentido de orientá-las e conduzi-las as práticas que ajudem essas mulheres no controle de sua PA, para assim não correr risco de complicações durante o parto e o pós-parto.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Gestantes. Hipertensão Arterial. Síndrome Hipertensiva.

SOCIODEMOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF HYPERTENSE PREGNANT WOMEN ON MONITORING IN A BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT: Hypertension is a chronic disease where it affects all social levels, including different ages and all genders. It is considered one of the causes for morbidity and mortality, where it is a risk factor for the development of vascular diseases, and is a concern for public health care organizations, due to the high cost of medicines and treatments, apart from those for the elderly. Health professionals who find it difficult because most patients abandon treatment soon after the disappearance of some symptoms. The main objective of this research was to analyze the strategies used by nurses in hypertensive syndromes in pregnancy. As for the specific objectives: to know how the Hypertensive Syndrome is divided; identify the signs and symptoms of hypertensive syndrome in pregnant women in prenatal care, according to the nurse's view and raise the main risk factors for the development of hypertensive syndrome in pregnant women. The methodology applied in this study was a descriptive epidemiological cross-sectional study with hypertensive pregnant women in the city of Caxias-MA. It was observed that it is of paramount importance to monitor pregnant women during prenatal care by nursing professionals, in order to guide them and conduct their practices that help these women in controlling their BP, so as not to risk complications during delivery and postpartum.

KEYWORDS: Nursing. Pregnant women. Arterial hypertension. Hypertensive Syndrome.

1 | INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica onde afeta todos os níveis sociais, incluindo diferentes idades e todos os sexos. Ela é considerada uma das causas para a morbi-mortalidade, onde é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças vasculares, sendo uma preocupação para as organizações públicas que cuidam da saúde, por conta do elevado custo em remédios e tratamentos, fora para os profissionais de saúde que encontram dificuldades, pois grande parte dos pacientes abandona o tratamento logo o desaparecimento de alguns sintomas

(DUARTE *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial relacionada ao período gestacional provoca vários efeitos prejudiciais ao organismo materno, fetal e neonatal (CHAIM; OLIVEIRA; KIMURA, 2008). Esses efeitos podem causar várias complicações como encefalopatia hipertensiva, função renal comprometida, falência cardíaca, hemorragia retiniana, associação com pré-eclâmpsia, coagulopatias, como também causa riscos ao feto em seu crescimento intrauterino, deslocamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, baixo peso, prematuridade e morte intraútero (VETTORE *et al.*, 2011; ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

No período gestacional quando aparece o quadro de hipertensão, muitas das vezes é resultado de antecedentes familiares das grávidas, ou um fator predisponente. Por conta disso, deve-se levar em consideração na realização do pré-natal o histórico familiar para doenças cardiovasculares (NETTO, 2005).

Assim, gestantes com histórico de hipertensão devem acima de tudo, ser informadas sobre os riscos que esta síndrome provoca na gestação, tendo que ser acompanhadas rigorosamente não somente na gestação como no pós parto e devem também estar cientes sobre os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares no futuro (GAROVIC, 2007).

Não se pode deixar de mencionar que a hipertensão gestacional é considerada como uma elevação na pressão arterial após 20 semanas de idade gestacional sem a presença de proteinúria, podendo voltar aos limites normais depois das 12 semanas após o parto. Mulheres que apresentam essa síndrome, demonstram níveis de pressão diastólica estáveis até a metade da gestação com um aumento após este período até o parto (FREIRE; TEDOLDI, 2009).

A hipertensão gestacional como dito anteriormente passa por fatores genéticos e também ambientais, não deixando de mencionar o fator da nutrição humana que acomete ultimamente muitas mulheres por conta da dieta rica em sódio, acompanhada ao baixo consumo de potássio (SÍRIO *et al.*, 2007).

Diante do contexto da hipertensão na gravidez, o profissional de saúde tem um grande papel em manter a vida da mãe e do bebê com saúde, principalmente o enfermeiro, pois este é o que fica mais próximo da mãe durante o pré-natal, fazendo o acompanhamento adequado. É nesse momento que o profissional de enfermagem cria estratégias com a sua equipe de saúde para a realização de ações educativas e prevenção de HA, para que dessa forma possa-se evitar complicações e agravos a saúde das mulheres gestantes em alto risco (RALPH, 2007).

Neste sentido, objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico das gestantes hipertensas que realizavam pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), indicando a melhor abordagem do enfermeiro para o acompanhamento destas gestantes. A assistência da enfermagem na promoção e prevenção de HA materna é

crucial para identificar os sintomas, sinais e fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças.

No sentido de diagnosticar e minimizar as complicações oriundas da HA na gravidez e diminuir os índices de morbimortalidade materna e perinatal é relevante refletir sobre as ações em saúde desenvolvidas durante o pré-natal e avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada neste período. O enfermeiro, responsável principal pelo acompanhamento da gestante na UBS deve estar apto para prestar assistência visando a prevenção, promoção e recuperação da saúde dessas gestantes, através de estratégias específicas.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, qualitativo. Dentro das concepções de Leopardi (2002), um estudo descritivo busca uma visão de conhecimento e caracterização dos fatos e fenômenos com exatidão de uma realidade. O estudo transversal envolve a observação e o registro ligados ao problema de estudo, onde o sujeito da pesquisa e os resultados são estudados juntos ao mesmo tempo, esse tipo de pesquisa consiste na descrição de características de determinado grupo populacional no intuito de identificar grupos de risco (DYNIEWICZ, 2009).

A amostragem foi do tipo não-probabilística, por conveniência, composta por seis gestantes hipertensas que faziam acompanhamento pré-natal nas UBS's da cidade Caxias-MA. Foram incluídas apenas foram: ser mulheres gestante hipertensa da zona rural e urbana de Caxias-MA, que aceitaram responder o questionário que foi proposto pelo estudo. Critérios de exclusão foram: ser gestante mas não residir no município de Caxias-MA.

As coletas aconteceram no período entre fevereiro e maio de 2018, pelo pesquisador responsável e seu assistente. O presente estudo foi realizado com as gestantes hipertensas que fazem pré-natal nas UBS's da cidade de Caxias-MA. A coleta se deu em duas etapas, a saber: primeiramente antes da realização da entrevista as gestantes em estudo, foram orientadas sobre o compromisso de responderem todas as perguntas com sinceridade, da importância da omissão de dados ou informações, para que se possa ter um bom andamento na pesquisa e uma fundamentação adequada. Em um segundo momento, foi explicado todo processo ético da pesquisa. Sendo assim os que aceitaram contribuir voluntariamente com a pesquisa, assinaram o termo de Consentimento Livre e esclarecido.

A entrevista foi realizada utilizando-se um instrumento para coleta de dados, em um local de preferência da entrevistada, atentando para preservar a sua privacidade

e seu conforto, com o intuito de impedir interrupções de qualquer natureza. Ressalva-se que as entrevistas foram agendadas, de acordo com a disponibilidade das gestantes e todas foram implementadas somente pelo assistente e a pesquisadora responsável. Por isso, em alguns casos, houve a necessidade de retornar a UBS quantas vezes fosse o necessário.

O instrumento para coleta de dados constituiu-se da aplicação de um instrumento contendo informações sociodemográficas, presença de doença crônica, estilo de vida das gestantes e assistência pré-natal regular. Os dados foram organizados e tabulados utilizando o Microsoft Excel versão 2010 e as análises estatísticas por meio do SPSS versão 18.0. Em todas as análises realizadas foi utilizado um nível de significância de 5%.

O projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil junto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA com o CAAE nº 86368318.1.0000.8007, seguindo os preceitos da Resolução 466/12.

3 | RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 06 gestantes, a prevalência de hipertensão entre as 06 gestantes foi de 100%. Na tabela 1, observou-se a faixa etária, 4 participantes (67%) pertenciam a faixa etária de 19-30 anos de idade e 2 (33%) tinham 30 anos. Em relação a cor/raça 1 (17%) afirmou ser da raça branca e 5 (83%) da raça parda. Em relação ao estado civil, 3 (50%) eram solteiras e 3 (50%) eram casadas ou moravam junto com o parceiro.

Ao serem perguntadas sobre a quantidade de filhos, 2 (33%) afirmaram que não possuíam filhos e 4 (67%) que sim. 6 (100) reside na zona urbana, sobre a sua moradia 3 (50%) afirmaram que moravam em casas sem especificar se era própria ou alugada, 2 (33%) em casa própria e 1 (17%) em outro tipo de moradia. Ainda no quesito moradia, foi perguntado a quantidade de pessoas que habitavam a residência, sendo que, de 1 a 3 pessoas - 4 (57%); de 4 a 6 – 1 (29%); de 7 a 10 – 1 (14%).

Em relação a renda, 3 (50%) afirmaram que possuíam renda e 3 (50%) que não. Foi possível observar que 3 (50%) realizavam 3 refeições por dia e 3 (50%) mais de 3 refeições por dia. 5 (90%) faziam algum tipo de tratamento enquanto que 1 (10%) não realizava tratamento. Tratando-se de antecedentes familiares. Quanto aos antecedentes familiares, 5 (90%) afirmou que tinham a HAS no seu fator hereditário e 1 (10%) diabetes.

Em relação a assistência pré-natal regular, 6 (100%) realizavam esse tipo de

assistência. Quanto ao uso de medicação, 5 (90%) faziam uso dessa e 1 (10%) não. Em relação a reconhecer os sintomas da pressão arterial elevada, 6 (100%) afirmaram que reconheciam.

VARIAVEIS	GESTANTES HIPERTENSAS (N=6)	
	N	%
Faixa etária		
19-30 anos	4	67
>31 anos	2	33
Cor/Raça		
Negro	1	17
Pardo	5	83
Estado Civil		
Solteiro	3	50
Casado/Mora junto	3	50
Possui filhos		
Não	2	33
Sim	4	67
Mora na zona urbana?		
	6	100
Tipo de moradia		
Casa	3	50
Própria	2	33
Outros	1	17
Quantidade de pessoas que moram na mesma casa		
1 a 3		
4 a 6	4	57
7 a 10	1	29
>10	1	14
Possui renda		
Sim	3	50
Não	3	50
Realiza quantas refeições são realizadas por dia?		
3	3	50
>3	3	50
Diagnosticada com algum tipo de doença crônica?		
HAS	6	100
Realiza algum tipo de tratamento?		
Sim	5	90
Não	1	10
Faz uso de medicação?		
Sim	5	90
Não	1	10
Antecedentes familiares de?		
HAS	5	90
Diabetes	1	10
Reconhece os sintomas da PA elevada		
Sim	6	100
Recebe assistência pré-natal regular?		
Sim	6	100

Tabela 1: Características sociodemográficas de gestantes hipertensas em acompanhamento pré-natal. Caxias-MA, Brasil, 2018. (N=6).

Fonte: Pesquisa direta do autor. Caxias-MA, Brasil, 2018.

4 | DISCUSSÃO

A hipertensão na gestação em mulheres se dar devido a faixa etária, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Quando a mulher está em idade reprodutiva a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. Essa síndrome aparece em todo o mundo, sendo um dos principais motivos para a causa de morte materna (LAURENTI *et al.*, 2004).

Os mecanismos que induzem ao aparecimento da doença hipertensiva ainda não estão totalmente esclarecidos. A pré-eclampsia é uma doença sistêmica, na qual estão envolvidos vasoconstrição, alterações metabólicas, disfunção endotelial, ativação da cascata da coagulação e resposta inflamatória aumentada. Na gênese dessas alterações estão envolvidos aspectos imunológicos, genéticos, e placentação inadequada (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

A gestante deve se conscientizar em relação à necessidade de reduzir a velocidade do ganho de peso e melhorar a qualidade de sua dieta. É importante evitar o ganho excessivo de peso, já que este pode estar associado a complicações para a mãe e o bebê. É necessário controlar a ingestão de sal (6 g/dia), condimentos industrializados (caldo de carne ou frango em cubos, molhos prontos, catchup, mostarda, maionese, patê) e alimentos ricos em sódio como embutidos ou defumados (salame, presunto, mortadela, linguiça, salsicha, morcilha, toucinho, bacon, torresmo) (VASCONCELOS, 2011).

As hipertensas de baixo risco em sua maioria não têm a necessidade de medicar-se durante a primeira metade da gestação por conta da sua redução fisiológica da PA neste período. O tratamento com medicamentos tem como finalidade manter a PAS entre 140-150 mmHg e a PAD entre 90-100 mmHg, e deve ter início quando ocorrer aumento pressórico, pois é este provoca complicações maternas, como AVC, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal. (SIBAI, 2002).

Quando existe pacientes que apresentam lesão de órgão-alvo (insuficiência renal, diabetes com comprometimento vascular, disfunção ventricular esquerda) e níveis pressóricos nem tão elevados, podem levar ao agravamento dos órgãos afetados durante a gestação. Para evitar esses agravamentos as gestantes em alto risco devem ser orientadas antes sobre a possibilidade de que possam estar com insuficiência cardíaca ou que correm risco de tê-la, além das informações sobre a função renal e uma possível evolução para óbito durante a gestação. Para que isso não aconteça é necessário o controle pressórico de maneira rigorosa, além da manutenção da PAS em 140 mmHg e da PAD em 90 mmHg (SIBAI, 2002).

5 | CONCLUSÃO

Foi possível observar através deste estudo que a hipertensão na gestação é mais evidente em mulheres na faixa etária de 19-30 anos de idade conforme a idade e que nenhuma possui nenhum tipo de doença crônica, apenas a hipertensão. Do qual fazem tratamento com a utilização de medicamentos e de uma alimentação saudável, a base de carnes brancas, temperos naturais e grãos. É importante salientar, que as entrevistadas afirmaram que em seus antecedentes familiares a hipertensão e a diabetes são doenças presentes em seu histórico genético.

É necessário que se entenda que a hipertensão arterial é uma evidência epidemiológica associada a gestação, sendo considerada um novo fator de risco cardiovascular especificamente relacionado ao gênero. E os mecanismos que poderiam explicar a influência de eventos remotos, como doenças hipertensivas da gestação e a ocorrência de eventos cardiovasculares posteriores, são complexos e, provavelmente, multifatoriais.

A pesquisa apontou que as mulheres entrevistadas possuem assistência pré-natal regular, reconhecem os riscos que a hipertensão oferece e que reconhecem os sintomas da PA elevada, onde relatam que sentem fortes dores de cabeça. Diante disso, mulheres que apresentam um evento hipertensivo na gestação devem ser monitoradas de forma mais intensa quanto à prevenção cardiovascular e, especialmente, em relação à incidência e severidade de hipertensão.

Assim, é de suma importância o acompanhamento de gestantes durante o pré-natal com os profissionais de enfermagem, no sentido de orienta-las e conduza-las as práticas que ajudem essas mulheres no controle de sua PA, para assim não correr risco de complicações durante o parto e o pós-parto.

O profissional de enfermagem é bastante necessário na prestação dos cuidados as gestantes hipertensas, pois ele trabalha desde o cuidado até a prevenção. Esse profissional é o mais capacitado para intervir com o máximo de cuidado na prevenção, além disso, são essenciais na medida em que são os primeiros a terem contato com a gravida, que fazem a anamnese detalhada, educação para saúde, o exame físico, para além de, requisitar exame que são considerados pertinentes para o diagnóstico precoce das DHEG.

REFERÊNCIAS

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

CHAIM, S. R. P.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; KIMURA, A. F. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. **Acta Paulista de Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 53-58, 2008.

- DUARTE, M. T. C. *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.
- DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul - SP: Difusora editora, 2009.
- FREIRE, C.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. 93, n. 6, p.110-178, 2009.
- GAROVIC VD, HAYMAN SR. Hypertension in pregnancy: an emerging risk factor for cardiovascular disease. **Nat Clin Pract Nephrol.**, v. 3, n. 11, p. 613-22, 2007.
- LAURENTI R, JORGE MHPM, GOTLIEB SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.
- NETTO, HC. **Obstetrícia básica**. São Paulo (SP): Atheneu; 2005.
- OLIVEIRA, G. L. V.; MENDIBURU, C. F.; BONINI-DOMINGOS, C. R. Avaliação do perfil hematológico de portadores de talassemia alfa provenientes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 105-109, 2006.
- RALPH SS, TAYLOR CM. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 6th ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2007.
- SIBAI BM. Chronic hypertension in pregnancy. **Obstet Gynecol.**, v. 100, p. 369-77, 2002.
- SÍRIO, Marília Alfenas de Oliveira *et al.* Estudo dos determinantes clínicos e epidemiológicos das concentrações de sódio e potássio no colostro de nutrizes hipertensas e normotensas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, 2007.
- VASCONCELOS, M.J.O.B. *et al.* **Nutrição clínica: obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.
- VETTORE, M. V. *et al.* Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 1021-1034, 2011.

CARACTERIZAÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL DE IDOSOS COM AFECÇÃO DEMENCIAL RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Data de aceite: 31/03/2020

Beatriz Alexandra Fávaro

Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto,
Curso de Enfermagem
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/6066539967249590>

Juliana Maria de Paula Avelar

Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto,
Curso de Enfermagem
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1717708339786366>

Andressa Rodrigues de Souza

Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto,
Curso de Enfermagem
Ribeirão Preto – São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2865284256489182>

RESUMO: Objetivo: caracterizar as limitações de idosos residentes em Instituição de longa permanência, com indícios de afecção demencial, quanto aos recursos biopsicossociais. **Método:** trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma ILPI de cunho filantrópico, que abriga pessoas idosas no município de Ribeirão Preto - São Paulo. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, a Escala de Katz para

a Avaliação Básica das Atividades de Vida Diária (ABVD), e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). **Resultados:** participaram do estudo 12 idosos, sendo que 83% destes apresentaram declínio cognitivo, sugestivo de afecção demencial. Em relação as atividades básicas de vida diária, 90% da amostra apresentavam dependência parcial e 10% dependência importante. Adicionalmente, no campo psicológico, 50% dos idosos apresentaram indícios de depressão. **Implicações para a Enfermagem:** considera-se muito importante que o enfermeiro realize a avaliação precisa, com a construção de um plano de cuidados pautado na sistematização da assistência de enfermagem a esta clientela.

PALAVRAS-CHAVE: Demência, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Idosos, Enfermagem Geriátrica, Sistematização da Assistência de Enfermagem.

BIOPSYCHOSOCIAL CHARACTERIZATION OF DEMENTIALLY AFFECTED SENIOR CITIZENS IN LONG TERM INSTITUTIONS

ABSTRACT: Objective: To characterize the limitations of aged residents in long term institution, with signs of dementia, regarding biopsychosocial resources. **Method:** This is an exploratory-descriptive study with a quantitative approach, developed in a philanthropic long

term institution, which houses elderly people in Ribeirão Preto - São Paulo. Three instruments were used for data collection: the Mini Mental State Examination (MMSE), the Multidimensional Rapid Assessment of the Elderly, the Katz Scale for the Basic Assessment of Daily Living Activities, and the Geriatric Depression (GDS-15). **Results:** 12 elderly participated in the study, and 83% of them had cognitive decline, suggesting dementia. Regarding the basic activities of daily living, 90% of the sample had partial dependence and 10% significant dependence. Additionally, in the psychological field, 50% of the elderly showed signs of depression. **Implications for Nursing:** it is considered very important for nurses to carry out an accurate assessment, with the construction of a care plan based on the systematization of nursing care to this clientele.

KEYWORDS: Dementia, Homes for the aged, Aged, Geriatric Nursing, Nursing Care Systematization.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. Para tentar expressar a nova função híbrida dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (CAMARANO; KANSO, 2010).

Uma ILPI compreende um estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público alvo é composto por pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou independentes. Constituem alternativas de cuidados para as pessoas idosas mais frágeis e muito dependentes na execução das tarefas básicas de vida diária e que, por várias razões de ordem médico-sociais, não podem ser mantidas nas suas residências (FERREIRA; BANSI; PACHOAL, 2014).

Devido ao progressivo aumento da dependência física e mental e à necessidade de cuidados profissionais, pacientes com demência apresentam risco de institucionalização de duas a dez vezes maior que outros idosos (DE JESUS et al., 2010).

A demência é uma síndrome de disfunção adquirida e persistente das funções intelectuais, que compromete pelo menos três das seguintes atividades mentais: linguagem, memória, capacidade visuo-espacial, personalidade, cognição (abstração, cálculo), julgamento e solução de problemas. Os sinais e sintomas comumente apresentados por pessoas clinicamente diagnosticadas como portadoras de demência são: dificuldade de armazenar fatos novos na memória, repetindo as mesmas coisas; alterações comportamentais, como teimosia, desinibição sexual, repetição de

movimentos, inatividade ou agressividade; dificuldade para falar ou esquecimento do nome de objetos; insônia; descontrole dos esfíncteres; descoordenação motora; desorientação espacial; alucinações (BURLA et al., 2013; FREITAS et al., 2006).

Uma das formas de prestar um cuidado com qualidade e de forma organizada ao idoso portador de afecção demencial, residente em uma ILPI, é fazer uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Na SAE, são planejadas as ações que irão compor o cenário do trabalho, ou seja, do cuidado da enfermagem. Como instrumento de trabalho da enfermagem, ela expressa a organização da assistência de enfermagem, que reflete a visão de um cliente visto de forma integral, e a responsabilidade de sua execução é atividade privativa do enfermeiro (DE OLIVEIRA, 2008).

Sabe-se que a utilização de metodologia científica na assistência de enfermagem é um fator que contribui para uma melhor qualidade no atendimento ao paciente, pois individualiza o cuidado e qualifica o papel do enfermeiro (NUNCIARONI et al., 2012). Assim, a caracterização biopsicossocial de idosos com afecção demencial em ILPI poderá contribuir para a elaboração de tecnologias informatizadas, dando subsídio para a implementação da SAE em ILPI, por meio da identificação das necessidades específicas dessa clientela. Para tanto, este estudo objetivou caracterizar as limitações de idosos residentes em ILPI, com indícios de afecção demencial, quanto aos recursos biopsicossociais.

2 | MÉTODO

Tratou-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma ILPI de cunho filantrópico, que abriga pessoas idosas no município de Ribeirão Preto - São Paulo.

O protocolo deste estudo foi elaborado seguindo os padrões éticos para pesquisa clínica em seres humanos, segundo a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde, e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto – SP com aprovação sob o número CAAE: 92224418.5.0000.5581.

A ILPI pesquisada contava com 60 residentes, contudo trabalhou-se ativamente com uma amostra por conveniência de 12 idosos. Para esta seleção da amostra considerou-se como critério a exclusão de idosos que apresentassem instabilidade clínica e/ou que fossem classificados pela gestora do serviço como inaptos para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Após definidos os sujeitos deste estudo, aplicou-se o instrumento validado Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o qual se apresenta como um teste de avaliação

cognitiva, que tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial. Este teste é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (5 pontos), lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (zero) até o total máximo (30 pontos). Nele é possível identificar a amostra de idosos com ou sem declínio cognitivo conforme nota de corte: escore abaixo de 18 pontos para idosos analfabetos; 21 pontos para idosos com um a três anos de estudo; 24 pontos para idosos com quatro a sete anos de estudo; 26 pontos para idosos com oito anos de estudo ou mais (CARAMELLI; NITRINI, 2000).

Posteriormente, para esta amostra em declínio cognitivo, foram aplicados os instrumentos disponibilizados de avaliação da pessoa idosa, no Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) como: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa com coleta do histórico, anamnese e exame físico.

A Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa é um instrumento que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio de saúde em pessoas idosas (SIRENA, 2002). Fornece dados sociodemográficos, avalia a percepção subjetiva do idoso, a saúde física e mental, a independência no dia-a-dia, o suporte social e familiar e a utilização de serviços. Aborda domínios tais como o estado nutricional, visão, audição, incontinência urinária, humor/depressão, cognição, função dos membros superiores e inferiores, atividades de vida diária, domicílio, risco de queda e suporte social (BRASIL, 2006a).

Para a avaliação específica das Atividades de Vida Diária (AVD) dos idosos institucionalizados foi aplicada a Escala de Katz (DE OLIVEIRA DUARTE; DE ANDRADE; LEBRÃO, 2007) para a Avaliação Básica das Atividades de Vida Diária (ABVD), que envolve seis itens “sim ou não” relacionados ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre suas eliminações. A escala propicia a classificação da pessoa idosa como “independente” para pontuações entre 5 e 6, com “dependência parcial” para pontuações entre 3 e 4 ou com “dependência importante” para pontuações entre 0 e 2.

Para a avaliação de casos de depressão geriátrica foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), desenvolvida como um instrumento de triagem para depressão em uma versão reduzida com 15 itens “sim ou não”, em que resultados maiores ou iguais a cinco pontos indicam depressão e auxiliam na determinação da necessidade de tratamento para a doença (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; YESAVAGE

et al., 1982).

Os dados foram digitados e tabulados eletronicamente com o auxílio do programa Microsoft Excel®, analisados quantitativamente mediante estatística descritiva (frequências absoluta e relativa).

3 | RESULTADOS

De um total de 12 idosos, os dados sociodemográficos predominantes consistiram em residentes do sexo feminino (67%) e de octogenários (58%), com maior número de idosos com baixo grau de instrução (sete idosos no total), e tempo médio de institucionalização de 8 anos, conforme apresentados na Tabela 1.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	8	67
Masculino	4	33
Faixa Etária		
60 - 70 anos	0	0
70 - 80 anos	2	17
80 – 90 anos	7	58
>90 anos	3	25
Tempo de Institucionalização		
<5 anos	5	42
≥ 5 anos	7	58
Escolaridade (anos)		
Analfabeto	2	17
1 a 3 anos	5	42
4 a 7 anos	1	8
8 ou +	4	33

Tabela 1. Frequência e porcentagem das características sociodemográficas dos idosos institucionalizados em uma ILPI do interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2019 (n = 12).

Com a aplicação do instrumento MEEM, 10 dos 12 idosos avaliados (83% da amostra) apresentaram pontuação inferior à nota de corte correspondente ao grau de escolaridade, classificando-os como em declínio cognitivo, sugestivo de afecção demencial (Tabela 2). Ressalta-se ainda que, para a maioria dos domínios avaliados no instrumento, os idosos apresentaram limitações consideráveis na execução das atividades, configurando pontuação muito abaixo da nota de corte esperada pelo grau de instrução.

Idoso	Sexo	Idade (anos)	Nota de corte MEEM (pontos)	Pontuação MEEM	Declínio cognitivo
1	F	87	26	10	Sim
2	F	85	26	15	Sim
3	F	90	26	13	Sim
4	F	77	21	18	Sim
5	F	91	21	15	Sim
6	F	92	21	22	Não
7	F	89	21	17	Sim
8	F	77	18	04	Sim
9	M	87	21	17	Sim
10	M	92	24	17	Sim
11	M	86	18	18	Não
12	M	84	26	23	Sim

Tabela 2. Análise do estado cognitivo dos idosos institucionalizados em uma ILPI do interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2019 (n=12).

Nota: F, feminino; M, masculino; MEEM, Mini-Exame do Estado Mental.

Destes 10 idosos com pontuação sugestiva de afecção demencial pelo MEEM, a aplicação do instrumento de avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa permitiu a verificação de que, no campo físico, os idosos apresentavam dependência parcial para as atividades básicas de vida diária em 90% da amostra e dependência importante em 10%, com ausência de idosos “independentes” para a AVD nesta amostra. Adicionalmente, no campo psicológico, 50% dos idosos apresentaram indícios de depressão.

Todos os idosos avaliados alimentavam-se por via oral, contudo apresentaram índices de massa corpórea (IMC) indicativos de sobrepeso em 60% dos casos. Baixa acuidade visual e auditiva foi verificada em 100% da amostra, e 20% já apresentaram algum episódio de queda na instituição. A incontinência urinária também estava presente em 20% da amostra, e nenhum dos idosos referiu praticar atividade sexual (Figura 1).

No campo social foi verificado amplo apoio institucional para envolvimento dos idosos em atividades de lazer, em eventos de socialização junto aos demais residentes e à comunidade, com participação dos familiares em 100% da amostra.

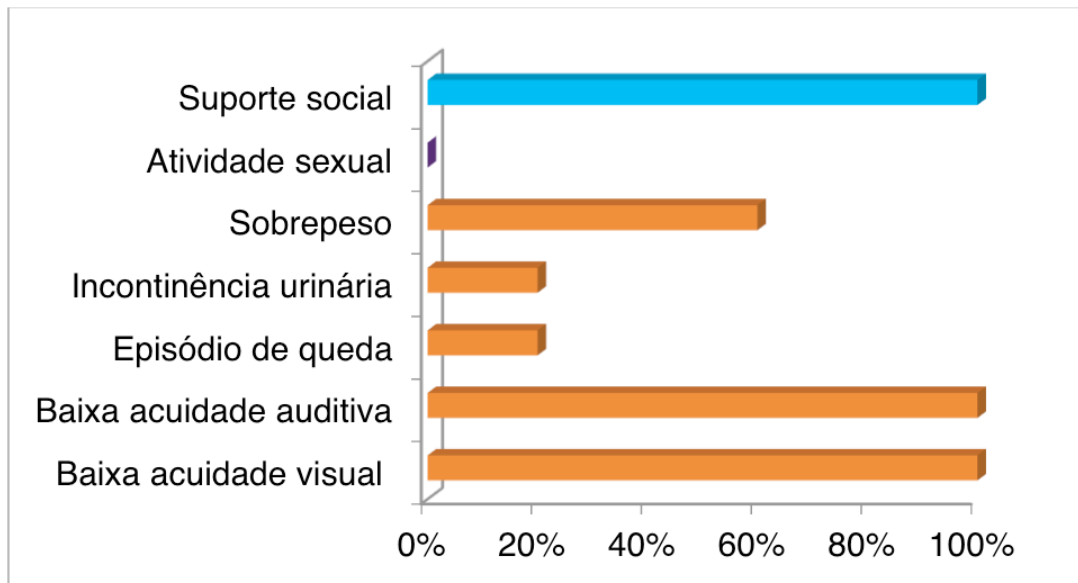


Figura 1. Dados da avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa em ILPI do interior do Estado de São Paulo, Brasil, 2019 (n=10).

4 | DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até o ano de 2050 e isso representará um quinto da população mundial. No Brasil, o Ministério da Saúde já referia em 2016 que a população idosa brasileira era a quinta maior do mundo, e que, em 2030, o número de idosos ultrapassaria o total de crianças entre zero e 14 anos. Este número atualizado para 2019 chegou a 29,3 milhões de idosos, totalizando 14,3% da população do país (IBGE, 2020).

As ILPI representam no Brasil 1% do segmento de pessoas com 60 anos e mais, as quais apresentam vulnerabilidades socioeconômicas e de saúde que devem ser enfrentadas de forma conjunta pelas áreas da Assistência Social e da Saúde. No dia a dia destes serviços ocorre, por exemplo, o acolhimento de idosos hígidos juntamente com demenciados, frágeis e/ou acamados. Ou seja, na prática, as instituições demandam ações simultâneas de políticas públicas e, para a pactuação de políticas intersetoriais, se faz necessário, em primeiro lugar, o conhecimento da realidade das instituições e dos seus residentes (CABRAL et al., 2019).

Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) destaca que é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados ao idoso dependente ou independente, destacando a necessidade de ofertar atenção integral e integrada à saúde, seja em seus lares ou em instituições de longa permanência (BRASIL, 2006b).

A proposta deste estudo em caracterizar as limitações biopsicossociais de

idosos com afecções demenciais residentes em ILPI se insere na importância de conhecer a realidade vivenciada por idosos institucionalizados, sobretudo pelas limitações impostas por acometimentos demenciais. Em abril de 2012, a OMS publicou o documento “Demência: Uma Questão de Saúde Pública” (WHO, 2012), demonstrando preocupação para esse problema que afeta a qualidade de vida das pessoas longevas, especialmente nos países em desenvolvimento. Estimou-se em 35,6 milhões o número de pessoas com demência em 2010, projetando uma duplicação neste número a cada 20 anos; ou seja, 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. O total de casos novos de demência a cada ano no mundo é de aproximadamente 7,7 milhões, o que significa uma pessoa diagnosticada a cada quatro segundos.

A demência é uma das principais causas de incapacidade na velhice, demandando cuidados durante todo o curso desta enfermidade que culmina na dependência total da pessoa doente. De acordo com a OMS (WHO, 2008), o tempo vivido com demência responde por 11,9% dos anos de convívio com incapacidades decorrentes de doenças não transmissíveis.

Aqui no Brasil, haja vista o registro de 55 mil novos casos de demências todos os anos, a maioria decorrente da Doença de Alzheimer, e com um número atual de 1,4 milhão de brasileiros que vivem com demência, sob risco aumentado em 2 a 10 vezes mais para a institucionalização (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2018), traçar um perfil biopsicossocial desta população se torna imprescindível para o planejamento e execução de cuidados integrais alicerçados nas reais necessidades desta clientela específica.

A abordagem do paciente idoso é um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diversos fatores, como o meio ambiente em que o paciente vive; a relação com profissionais da saúde e com familiares; a história clínica, que compreende aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais; e o exame físico (SIRENA, 2002).

Assim, no contexto da prática clínica da enfermagem, assistir o idoso institucionalizado requer conhecimento, habilidade e competência destes profissionais para desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, visando melhorias na qualidade de vida. Ressalta-se que medidas de intervenção, visando identificar causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda de independência no dia a dia, deveriam tornar-se prioridade do sistema de saúde, na perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da crescente população de idosos (RAMOS, 2003).

No presente estudo, a classificação inicial de declínio cognitivo dos idosos mostrou-se imprescindível para um plano de assistência qualificado. Para tanto, o uso de instrumento validado de avaliação do estado mental (MEEM) dos idosos

é considerado como prática corriqueira para a detecção de limitações associadas à demência. Assim, trabalhou-se com uma amostra por conveniência, conforme sugestão da própria gestora da instituição avaliada, com o número de idosos em suspeita de afecção demencial, porém sem diagnóstico médico firmado. Os 12 idosos selecionados representou uma parcela de 20% da população total residente da ILPI, contudo, destes idosos, 83% apresentou declínio cognitivo considerável no teste de MEEM.

Sinais e sintomas do comprometimento cognitivo são observados de fato na avaliação funcional dos idosos (DE CÁSSIA RIBEIRO; DE FATIMA MARIN, 2009), na qual se avaliam aspectos de memória, julgamento e razão, comprovando resultados através de testes focados na identificação do pleno ou falho funcionamento cognitivo. A avaliação funcional do idoso deve ser realizada através do desempenho das atividades de vida diária, sendo desenvolvida pelos profissionais de saúde, como uma ferramenta que auxilia avaliar graus de dependência dos idosos, dentro de uma função específica como a capacidade de autocuidado para atender as necessidades básicas de vida diária, objetivando a qualidade de vida desses idosos (GONÇALVES et al., 2015).

Acerca da avaliação funcional dos idosos deste estudo, foi observado que 90% apresentavam dependência parcial para as atividades básicas de vida diária e 10% apresentavam uma dependência importante. Outro estudo realizado com uma amostra de 67 idosos de uma ILPI filantrópica de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, também identificou parcela significativa dos residentes que era dependente nas AVDs (71,74%). Os autores do estudo destacaram a necessidade de uma equipe multiprofissional capaz de estabelecer estratégias de promoção à saúde com o intuito de postergar, o máximo possível, o desenvolvimento de doenças ou de agravos das morbidades e, conseqüentemente, das incapacidades (SILVA et al., 2019).

O declínio funcional do idoso ocorre frequentemente em um contexto de múltiplos e complexos problemas de saúde, que se traduzem em síndromes geriátricas, tais como: instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, incontinência e iatrogenia. Os dados coletados neste estudo permitiram a verificação de tais limitações físicas relacionadas às síndromes geriátricas e que, quando associadas à afecção demencial, favorecem o aparecimento da fragilidade nos idosos levando a uma série de debilitações que acarretam a dependência. Destacam-se o comprometimento visual e auditivo apresentado por todos os idosos avaliados no estudo e o sobrepeso em 60% dos casos, elevando o risco de queda na instituição, como constatado em 20% da amostra.

A queda tem grande impacto no envelhecimento em virtude da alta morbidade e do elevado custo pessoal, social e econômico decorrente do agravamento provocado

(REIS; JESUS, 2017). O profissional de enfermagem deve observar e prevenir a ocorrência de quedas na ILPI, e avaliar a marcha da pessoa idosa a fim detectar alguma alteração comprometedora. Nos casos em que a pessoa está com a mobilidade extremamente debilitada, como no caso de pessoas acamadas por longos períodos, são necessárias medidas que estimulem os idosos a permanecer o menor tempo possível de repouso no leito. Quando isto for inevitável, o paciente deve realizar os exercícios de amplitude de movimentos ativos e de fortalecimento com os membros sadios, e o enfermeiro deve realizar os exercícios de amplitude de movimento passivos nos membros afetados até que o idoso possa transferir-se da cama para a cadeira e deambular com o auxílio de outra pessoa ou de bengalas, andadores, muletas ou cadeira de rodas (SOUSA et al., 2010).

A incontinência urinária também apareceu como fator adicional ao comprometimento do idoso em afecção demencial em 20% da amostra deste estudo. Tal achado, associado ao declínio cognitivo e dependência funcional dos idosos, os predispõe a maiores índices de infecções urinárias oportunistas e agravamento da saúde, muitas vezes já profundamente comprometida. Assim, evidencia-se que o enfermeiro é fundamental na prevenção e reabilitação da incontinência, por meio do planejamento e execução de medidas não farmacológicas. Dentre estas incluem facilitação do acesso ao banheiro, adaptação da altura dos vasos, instalação de barras de apoio, iluminação adequada e uso de urinóis ou cadeira sanitária à beira do leito, além do incentivo ao uso de roupas que possam ser abertas com facilidade, micção estimulada e em horário regulado e cateterismo intermitente (PROCHET; DA SILVA, 2008).

No campo psicológico, os resultados deste estudo mostraram que 50% dos idosos apresentaram indícios de depressão. Em muitas ILPI, a falta de estrutura física adequada e recursos humanos capacitados, aliada à assistência caritativa e protecionista, frequentemente insensíveis às potencialidades do idoso e à sua liberdade de escolha, pode aumentar o quadro de dependência, o isolamento social e a falta de perspectivas para uma vida ativa e com qualidade (NOBREGA et al., 2015).

A depressão na população idosa é uma doença comum, recorrente e frequentemente sub-diagnosticada e subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primários. Estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (NOBREGA et al., 2015). É no indivíduo idoso que a depressão tem pior prognóstico e maior incidência de suicídios, podendo, quando duradouros, interferir na sua capacidade funcional, de autocuidado e nas suas relações sociais (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

No contexto das relações sociais, a prática de atividade sexual entre idosos torna-

se subsídio para caracterizar a interação social desses indivíduos, principalmente no tocante à manutenção da saúde emocional e psicológica e estimulação à autoestima, tão importante para a qualidade de vida na terceira idade. Foi observado que todos os idosos avaliados neste estudo referiram não praticar atividade sexual, fato este sustentado pelos limites físicos apontados anteriormente, mas, possivelmente, o maior impacto deste achado incida na presença de depressão em grande parte da amostra.

Apesar disso, felizmente, o suporte social foi amplamente referido pelos idosos deste estudo. O sistema informal ou rede de suporte social compreende as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais. Assim, as relações sociais, quando positivas, podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos (ALVARENGA et al., 2011).

5 | CONCLUSÃO

Os idosos institucionalizados e com afecção demencial apresentaram maiores limitações no campo físico e psicológico, demandando atenção especial da equipe de enfermagem para estes domínios na construção de um plano de cuidados pautado na sistematização da assistência de enfermagem a esta clientela.

Os resultados deste estudo contribuirão para evidenciar à equipe de enfermagem e aos demais profissionais de saúde, a importância da avaliação sistemática do idoso, com foco especial para a afecção demencial, a qual contribui significativamente para as demais limitações físicas e psíquicas, possibilitando desta forma, a oferta de um cuidado de qualidade e eficiente, sobretudo, considerando o paciente como um indivíduo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley A. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2603-2611, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF); 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 09 jan. 2020

BRASIL. Portaria nº 2528, de 10 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional da pessoa idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 out. 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 08 jan. 2020

BURLÁ, Claudia et al. A perspective overview of dementia in Brazil: a demographic approach. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CABRAL, Rosângela et al. O cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais de saúde/Elderly care in primary health care from the perspective of health professionals. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 2, 2019.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CARAMELLI, Paulo; NITRINI, Ricardo. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? **Rev Assoc Med Bras**, v. 46, n. 4, p. 301, 2000.

DE CÁSSIA RIBEIRO, Rita; DE FATIMA MARIN, Heimar. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 204-212, 2009.

DE JESUS, Isac Silva et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 285, 2010.

DE OLIVEIRA, Daniel Nunes et al. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 57-63, 2008.

DE OLIVEIRA DUARTE, Yeda Aparecida; DE ANDRADE, Claudia Laranjeira; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; NASCIMENTO, Neilce Falcão de Souza; COSTA, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 911-926, 2014.

FREITAS, E. V. et al. Gorzoni MI. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** [Treatise on Geriatrics and Gerontology]. 2ª edição. 2006.

GONÇALVES, Marcelo José Cirilo et al. A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 5, n. 14, p. 12-18, 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acessado em: 09 jan 2020.

LOPES, Fernanda Lucas et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 1, p. 59-67, 2007.

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 536-550, 2015.

NUNCIARONI, Andressa Teoli et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n.1, p.32-41, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. **Estados**

Unidos, v. 30, p. 12, 2015.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 793-797, 2003.

REIS, Karine Marques Costa dos; JESUS, Cristine Alves Costa de. Relação da polifarmácia e polipatologia com a queda de idosos institucionalizados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

SILVA, Rosane Seeger da et al. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019.

SIRENA, S. A. **Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde**. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2018. Disponível em: <https://sbgg.org.br/com-o-envelhecimento-populacional-doenca-de-alzheimer-devera-aumentar-nas-proximas-decadas-aponta-sbgg/>. Acesso em: 09 jan 2020.

SOUSA, Renata Miranda de et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc Anna Nery**, v.14, n. 4, p. 732-41, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. The global burden of disease: 2004 update. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Dementia: A Public Health Priority. Geneva: World Health Organization; 2012.

YESAVAGE, Jerome A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

CONDIÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES REANIMADOS E CUIDADOS PÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 03/01/2020

Jean de Jesus Souza

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5686506388063679>

Neuranides Santana

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5335914419898388>

Tami Silva Nunes

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/3705689752619273>

Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos

Universidade Federal da Bahia – UFBA.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5460745985884858>

Carina Marinho Picanço

Hospital Geral Roberto Santos – HGRS.
Salvador-BA
<http://lattes.cnpq.br/5256798764937497>

RESUMO: Descrever as condições clínicas dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral antes da primeira Parada Cardiorrespiratória e identificar os cuidados prestados nas primeiras 24h pós

Retorno de Circulação Espontânea. Estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido numa Unidade de Terapia Intensiva Geral de hospital público, de grande porte situado em Salvador. Compuseram o quadro de participantes, usuários internados na Unidade de Terapia Intensiva Geral, que apresentaram Parada Cardiorrespiratória. As informações foram coletadas entre Janeiro e Fevereiro/2017 utilizando-se técnica análise documental dos prontuários dos participantes. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o número CAAE 63999717.0.0000.5531. Utilizado como instrumento roteiro contendo dados demográficos, epidemiológicos, clínicos, incluindo os requeridos na ficha *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS), dados do processo de reanimação cardiorrespiratória, cuidados pós Retorno da Circulação Espontânea. As informações coletadas foram organizadas no programa Excel versão 2010. Dos 06 pacientes que apresentaram Parada Cardiorrespiratória, todos tiveram Retorno da Circulação Espontânea. Contudo, 100% evoluiu ao óbito antes de 72h. O menor índice do SAPS foi de 63 pontos ou 55% de mortalidade prevista, em apenas um paciente. Já o maior índice foi de 87 pontos, com 92% de mortalidade prevista. No que tange aos cuidados pós- Parada Cardiorrespiratória, todos tiveram como principal cuidado o controle

hemodinâmico com uso de droga vasoativa. Somente 14% dos pacientes realizaram gerenciamento da temperatura, tendo também realizado eletrocardiograma. Outros 28% tiveram exames laboratoriais coletados. Foi constatado que apesar de todos os esforços instituídos, o perfil de comorbidade e a gravidade clínica dos pacientes, seja pela demora na procura ao serviço de saúde ou devido à dificuldade de acesso, influenciam diretamente no prognóstico e desfecho, que além de desfavorável para usuário e família, também para os indicadores de mortalidade do serviço.

PALAVRA-CHAVE: Parada Cardíaca, Escala Psicológica Aguda Simplificada, Cuidados Críticos.

CLINICAL CONDITION OF PATIENTS REUMBERS AND CARE POST CARDIORRESPIRATORY STOP

ABSTRACT: Describe the clinical conditions of patients admitted to a General Intensive Care Unit before the first Cardiopulmonary Arrest and identify the care provided in the first 24 hours after Spontaneous Circulation Return. An exploratory, descriptive study of a qualitative nature, developed in a General Intensive Care Unit of a large public hospital located in Salvador. The participants were users admitted to the General Intensive Care Unit, who had cardiopulmonary arrest. The information was collected between January and February / 2017 using a documentary analysis of the participants' medical records. Data collection was initiated after project approval by the Ethics Committee under number CAAE 63999717.0.0000.5531. Used as a script instrument containing demographic, epidemiological and clinical data, including those required in the Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS), cardiorespiratory resuscitation process data, care after Return of Spontaneous Circulation. The information collected was organized in the Excel version 2010 program. Of the 06 patients who had cardiopulmonary arrest, all had Return of Spontaneous Circulation. However, 100% died before 72h. The lowest SAPS rate was 63 points or 55% predicted mortality in only one patient. The highest rate was 87 points, with 92% of predicted mortality. Regarding post-cardiac arrest care, all had as their main care hemodynamic control with the use of vasoactive drugs. Only 14% of patients underwent temperature management and electrocardiogram. Another 28% had laboratory tests collected. Despite all efforts, the comorbidity profile and clinical severity of patients, either due to the delay in seeking health care or due to the difficulty of access, directly influence the prognosis and outcome, which, besides being unfavorable to the user. and family, also for the service mortality indicators.

KEYWORDS: Cardiac Arrest, Simplified Acute Psychological Scale, Critical Care.

1 | INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) está associada a um elevado índice de morbimortalidade no mundo, segundo dados da *American Heart Association* (AHA) em 2015, apesar dos avanços científicos, apenas cerca de 21% dos pacientes que

sofrem PCR no ambiente hospitalar sobrevivem.

Os pacientes acometidos por PCR, quando não evoluem para óbito, podem desenvolver sequelas neurológicas. A lesão cerebral irreversível ocorre, geralmente após quatro a seis minutos de PCR.

Para Abreu *et. al.* (2011), as sequelas neurológicas nos doentes após Retorno da Circulação Espontânea (RCE) são decorrentes de dois mecanismos fisiopatológicos: a encefalopatia anóxica, resultante do comprometimento da circulação cerebral; e a síndrome de reperfusão, caracterizada por uma resposta inflamatória sistêmica desencadeada durante o período de reperfusão. Campanharo *et.al.* (2015), considera que, dos sobreviventes, 40 a 50% permanecem com déficits nas funções cognitivas, como memória e desempenho intelectual.

Destarte, definir o prognóstico neurológico do paciente após RCE, é de fundamental importância para os pacientes, seus familiares e profissionais de saúde. De acordo com Leão *et. al.* (2015), tal ação tem implicações éticas e sociais. Os mesmos autores relatam que o momento mais precoce para formular um prognóstico neurológico com uso do exame clínico é 72 horas após a RCE, porém esse período pode ser ainda mais longo após uma parada cardíaca se houver suspeita de que efeitos da sedação ou paralisia que confundem o exame clínico.

Campanharo *et.al.* (2015), relatam que a lesão cerebral pós-parada cardiorrespiratória, também denominada “síndrome pós-parada cardiorrespiratória”, é uma importante causa de morbidade e mortalidade no mundo. Devido aos altos índices de sequelas neurológicas, a AHA nas suas diretrizes de 2015 recomendam que pacientes que permanecem em coma após RCE devem ser tratados com controle da temperatura alvo entre 32 e 36°C durante as primeiras 24 horas, sendo esse o principal mecanismo de proteção neurológica já estudado.

Diante dos altos índices de complicações e sequelas pós parada, na edição de 2010, a AHA acrescentou um quinto elemento na cadeia de sobrevivência do *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS), os cuidados pós-parada cardiorrespiratória-cerebral, tais ações são indicadas pela associação com intuito de reduzir a taxa de mortalidade e sequelas pós RCE.

Nos Estados Unidos da América (EUA), ocorrem 370 mil casos de PCR anualmente, sendo que a sobrevida é menor que 15% para os não hospitalizados e de 22% quando hospitalizados, já no Brasil, são aproximadamente 200 mil por ano, sendo metade deles no ambiente intra-hospitalar, cuja taxa de sobrevida é em torno 24,2% e 9,5% quando ocorre em ambiente extra hospitalar. Auler e Vane (2016); Campanharo *et.al.*,2015.

Autores elucubram que a alta taxa de mortalidade, e a diferença apresentada entre os diversos estudos podem guardar relação com a gravidade clínica que os pacientes foram admitidos na unidade, assim como com os cuidados pós-parada

cardiorrespiratória-cerebral.

O objetivo deste trabalho é descrever as condições clínicas dos pacientes internados em uma UTI geral antes da primeira PCR e identificar os cuidados do protocolo AHA (2015) prestados aos pacientes que apresentam RCE nas primeiras 24h pós PCR.

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. O campo do estudo foi um hospital geral público, de grande porte, que compõe a rede própria do estado, considerado de referência para Salvador e região metropolitana em diversas especialidades e certificado como hospital de ensino.

Dentre as cinco Unidades de Tratamento Intensivo adulto, a Geral foi o cenário específico pelo fato de possuir um maior número de leitos (20 leitos), menor rotatividade dos pacientes, por receber uma diversidade de pacientes com diferentes comorbidades. Por isso, com maior probabilidade de evoluírem para situações de PCR.

Compuseram o quadro de participantes, seis usuários internados na UTI campo de investigação, que apresentaram sete PCR no período da coleta de dados e que tiveram o processo de reanimação cardiorrespiratória observado por, pelo menos, um membro da equipe de pesquisadores. Vale destacar que uma participante apresentou duas PCR que foram acompanhadas.

Objetivando contemplar o anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos com a letra U em alusão ao termo usuário, seguido de número correspondente à ordem de ocorrência da PCR, U1 foi o usuário de apresentou a primeira PCR. Logo, eles variam de U1 a U7.

A coleta de dados ocorreu nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2017, adotou-se a técnica de análise documental, cuja fonte foi o prontuário dos participantes do estudo.

O instrumento utilizado para recolher as informações foi um roteiro de coleta, construído pelos autores, em prontuário. Tal roteiro, foi estruturado em dados demográficos, epidemiológicos, clínicos, incluindo os requeridos na ficha SAPS 3, dados do processo de reanimação cardiorrespiratória, cuidados pós RCE e desfecho.

Para organização das informações coletadas, utilizou-se o programa Excel versão 2010. Posteriormente, foram tabulados, descritos e apresentados, sob a forma de textos, tabelas e cálculos dos percentuais encontrados.

Na sequência os dados foram analisados sob duas formas, a saber:

- As condições clínicas dos pacientes internados em UTI geral antes da primeira PCR – foram descritas a partir da identificação do SAPS 3.

- Os cuidados prestados aos pacientes nas primeiras 24h pós RCE – foram caracterizados à luz do Protocolo da AHA (2015).

Em atendimento aos princípios éticos e bioéticos emanados da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA e aprovado sob o parecer CAAE 63999717.0.0000.5531, datado em 01/02/2017.

O anonimato dos participantes e campo de investigação foi assegurado através da codificação alfanumérica e da caracterização, respectivamente. Os princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência e justiça foram respeitados durante a pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Condição Clínica dos Participantes antes da Reanimação Cardiorrespiratória

A escolha da SAPS 3 se deu pelo fato da escala ter o uso recomendado no hospital campo de pesquisa. Entretanto, apenas um prontuário dos 07 analisados, tinha descrito o valor preditivo do SAPS 3. Os valores dos demais pacientes foram calculados através da ferramenta disponibilizada no site do Grupo de Investigação de Resultados do SAPS 3 (SORG).

De acordo com Hissa *et. al.* (2013), os índices de gravidade em UTI têm como principal objetivo a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica dos pacientes gravemente enfermos. A gravidade de uma doença em um paciente é traduzida em valor numérico a partir de alterações clínicas e laboratoriais.

Conforme relatado por estudo de Keegan; Soares (2016), com 1831 indivíduos, o valor do índice SAPS 3 de 57 pontos foi o que apresentou melhor sensibilidade e especificidade para mortalidade hospitalar, os pacientes com escores menor ou igual a 57 apresentaram maiores taxas de sobrevivência.

O quadro 02 revela que neste estudo, o menor índice do SAPS foi de 63 pontos ou 55% de mortalidade prevista, em apenas um paciente. Já o maior índice foi de 87 pontos, com 92% de mortalidade prevista. Os resultados apresentados a seguir tomaram como base os dados dos pacientes no momento da admissão na UTI do hospital campo de pesquisa, como é indicado pelos trabalhos de Keegan; Soares (2016), Hissa *et. al.* (2013) e Vincent. Vale ressaltar que, como demonstrado, alguns dos pacientes já estavam há alguns dias, aguardando vaga de terapia intensiva. Algo que deve ser levado em consideração, visto que, este retardo tende a elevar o nível de gravidade na admissão da UTI, dificultando o prognóstico clínico dos usuários.

CODIGO	SINAIS E SINTOMAS	SEXO	IDADE	COMORBIDADE	SAPS 3 / MORTALIDADE	DIAS DE INTERNAÇÃO
U1	Dor torácica sec. SCASST killip 3	54	MASC	DM+HAS	73 / 76%	27
U2	Lesão em 4º PDO	70	FEM	HAS+DM+DAC Dislipidemia	68 / 65%	20
U3	Dispneia + dor torácica + tosse	44	FEM	----	79 / 72%	1
U4	Dispneia + dor torácica + tosse	44	FEM	----	79 / 72%	1
U5	Dor abdominal	60	FEM	HAS+chagas	63 / 55%	5
U6	Dor+distensão+êmeze	81	MASC	Tumor de reto	70 / 71%	1
U7	Amputação de 3ºPDE	58	MASC	HAS+DM+Ex-tabagista	87 / 92%	12

Quadro 01 - Índice SAPS 3 por participante que tiveram PCR na UTI de um hospital público, Salvador, 2017.

Fonte: Souza et. al., 2017.

MASC: Masculino FEM. Feminino

O paciente U1 possuía 73 pontos na escala SAPS com 76% de probabilidade de evoluir à óbito em curto período de tempo. Como diagnóstico médico IAM Killip III, apesar de ficar um dia na Unidade Emergência (UE), esperando por vaga na UTI, ficou mais de 30 dias internados na unidade, tratando uma insuficiência respiratória secundário a um Edema Agudo de Pulmão que, possivelmente tinha associação com o IAM prévio. Tal usuário havia apresentado uma PCR um mês antes da parada acompanhado nesse estudo. Mello *et. al.* (2014), relatam que pacientes com IAMSEST, com DAC mais extensa e idade mais avançada, que sobreviveram à fase mais precoce, podem ter sido mais suscetíveis a novos eventos trombóticos recorrentes, incluindo novos IAM e miocardiopatia isquêmica com potencial letalidade. Algo que não foi considerado durante o RCP, como possível causa, nem após o RCE.

O paciente U2 além da DAC, possuía como diagnóstico médico septicemia secundário a lesão em pé e, principalmente uma PCR prévia de cinco minutos em AESP duas semanas antes da PCR acompanhada pelos autores deste trabalho. Foi admitido na UE do hospital campo de estudo em dezembro, de início com necrose em quarto pododáctilo de pé esquerdo, tendo apresentado piora progressiva atingindo até região plantar do membro inferior, foi transferido para UTI em janeiro de 2017 em pós-operatório imediato de amputação infra-patelar, após aguardar por quase um mês pelo procedimento. Oliveira *et. al.* (2012), descrevem o que é chamado de síndrome pós-parada cardiorrespiratória composta por uma disfunção miocárdica

causando um choque cardiogênico, um estado inflamatório sistêmico e de danos cerebrais evolutivos.

O usuário em questão inicialmente apresentava lesão em pododáctilo, com comorbidades associadas, como isso 65% de possibilidade óbito precoce, um percentual considerável. O tratamento instituído não surtiu efeito, tendo amputado membro até patela e posteriormente, evoluído para PCR.

Essa PCR em especial, merece algumas considerações. O paciente encontrava-se sobre cuidados de um dos pesquisadores do trabalho, sendo o mesmo que identificou o ritmo e tomou a conduta inicial de realizar as compressões torácicas. Em conjunto com a médica diarista conduziram o processo de RCP, implementaram a maioria das condutas durante a PCR e após o RCE, de acordo com o protocolo da AHA.

As PCR de U3 e U4 observadas foram na mesma paciente. Jovem, com histórico de dispneia, aos moderados esforços há 1 ano. No mesmo período tinha realizado um doppler devido a edema em panturrilha direita, sem avaliação posterior de angiologista. Foi admitida na emergência no hospital, três dias antes da admissão na UTI com dispneia intensa utilizando musculatura acessória em uso de máscara não reinalante, taquicárdica e lipotimia. Durante os exames de admissão evidenciou-se Trombose Venosa Profunda (TVP) em perna direita, Mioma uterino com indicação de embolização de artérias uterinas e Tromboembolismo Pulmonar (TEP) bilateral, além de ventrículo direito dilatado com hipocinesia importante.

A paciente realizou o procedimento de embolização três dias depois da admissão no hospital e durante o período não utilizou nenhum tipo de tratamento para a TEP. De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia (2008), trombólise como terapia de reperfusão primária está indicada para os pacientes com TEP e comprometimento hemodinâmico, ainda citando a entidade, o tempo máximo para o tratamento não é tão limitado quanto a de outras patologias, podendo chegar até há duas semanas. Contudo, quanto mais precoce a terapêutica, maior probabilidade de haver reperfusão e menor vulnerabilidade de complicações.

Diante do exposto, a paciente apresentou uma PCR logo após o término do procedimento, ainda na sala de hemodinâmica, com duração de 5 minutos. Ao ser admitida na UTI, apresentou um novo episódio que foi presenciada e utilizada para inserção nessa pesquisa, com o código U3, de 4 minutos. No dia posterior, apresentou nova PCR, cujo processo de reanimação durou 10 minutos, presenciada pelos pesquisadores, para qual foi atribuído código U4. Somente após a quinta PCR a paciente foi trombolisada, entretanto, sem êxito, tendo evoluído para óbito no mesmo dia.

Apesar de se tratar da mesma paciente, caso fosse levado em consideração os exames laboratoriais após a primeira PCR, haveria mudança do score SAPS de

72% para 81%. Tal variação se deve provavelmente ao fato de ter apresentado três PCR entre as duas que foram acompanhadas nessa pesquisa, o que aumenta a possibilidade de óbito e lesões cerebrais. Além disso, ocorreu alteração significativa nos valores dos exames laboratoriais, especialmente, na hemogasometria, na qual apresentou lactato sérico de 10 mmol/l e Potencial Hidrogeniônico (PH) de 7,0.

Nas PCR de U5, U6 e U7, com possibilidades de óbito de 55%, 71% e 92% respectivamente. Os pacientes possuíam diversas patologias como comorbidades, conforme evidenciado no quadro 02. Para Soares; Hermann (2014), o fator comorbidade é a variável com maior força prognóstica na sobrevida dos pacientes. Nos estudos analisados por estes autores, as chances de sobrevivência daqueles pacientes que não tinham doença de base associada, clinicamente diagnosticada, era muito maior quando comparada as chances de sobrevida dos pacientes que tinham comorbidades associadas.

Concordando com o exposto Auler e Vane (2016), asseguram que no ambiente intra-hospitalar, os resultados da RCP são pouco satisfatórios, em razão da predominância de pacientes com diversas comorbidades. O participante da PCR U5 entre as comorbidades, possuía HAS e doença de Chagas.

Conforme estudo com 14 pacientes, 11 evoluíram para PCR e óbito, dos quais, 63,6% tinham a HAS como comorbidade presente, além disso, os mesmos autores relatam que a PCR ocorre, frequentemente na cardiopatia chagásica crônica, porém os fatores preditores não são completamente definidos (Soares; Hermann, 2014).

Os clientes U5 e U6 apresentavam como fator agravante a instabilidade hemodinâmica e encontravam-se em uso de noradrenalina em alta vazão, antes mesmo de cursarem com o evento.

O paciente U5 tinha histórico de retossigmoidectomia há 8 anos e cirurgia de esôfago há 15 anos. Foi admitido no hospital em 26/01/2017, dois dias antes tinha realizado uma tomografia de abdômen em outro hospital público de grande porte de Salvador devido a dor abdominal por um mês, que evidenciou distensão de alça do intestino grosso, além de espessamento da parede colón descendente, foi transferido para UTI no dia 28/01/2017, após abordagem cirúrgica exploratória, que constatou colite infecciosa.

Além disso, o paciente U6 tinha um passado de retirada de tumor de reto com realização de cirurgias de grande porte em 21/01/2017, recebeu alta, tendo retornado ao hospital e admitido na UTI em 30/01/2017 com dor e distensão abdominal, sendo diagnosticado com abdômen agudo obstrutivo após tomografia, realizou uma laparotomia exploratória 03/02/2017, evoluiu para choque séptico com noradrenalina em alta vazão no pós-operatório.

Em relação ao participante U7, apresentava uma insuficiência renal crônica que foi agudizada durante a internação, tendo apresentado instabilidade hemodinâmica

com droga vasoativa em ascensão, fazendo uso de TRS (Terapia Renal Substitutiva) contínua no momento da PCR.

U7 foi admitido na UE em 05/01/2017 com necrose em terceiro pododáctilo, foi submetido a amputação supra-plantar em 24/02/2017, ficando internado no Centro de Recuperação Pós Anestésica (CRPA) do hospital, por falta de vaga na unidade de internação, no dia 26 evoluiu para insuficiência respiratória, rebaixamento do nível de consciência e instabilidade hemodinâmica, necessitou de entubação, sedação e droga vasoativa, foi transferido para UTI no dia 27/01.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2009), no qual existem 1,3 leitos para 10 mil habitantes, sendo que o Brasil tem 25.367 leitos, distribuídos por 2.342 UTI em 403 municípios. Tal panorama torna-se preocupante, uma vez que os pacientes que forem admitidos na UTI estarão, provavelmente em um estado geral mais crítico, devido a espera em corredores e enfermarias por uma vaga na UTI.

Vale ressaltar que o SAPS 3 comprovou ser excelente preditor de mortalidade, tendo atingindo 100% de sensibilidade para óbito na pesquisa aqui relatada. Pois, conforme estudo de Keegan; Soares citado anteriormente, 57 é a pontuação que melhor se relaciona com as taxas de mortalidade, tendo os participantes do estudo apresentado valores superiores a esse.

3.2 Cuidados do Protocolo Aha (2015) Prestados nas Primeiras 24h pós Rce

Nesta etapa buscou-se identificar os cuidados do protocolo AHA (2015) prestados aos pacientes que apresentarem RCE, nas primeiras 24 horas pós PCR.

CÓDIGO	DURAÇÃO DA PCR	DESFECHO CLINICO	ÓBITO
U1	20min	RCE	48h após a RCE
U2	07min	RCE	24 h após a RCE
U3	04min	RCE	16 h após a RCE
U4	10min	RCE	8 h após a RCE
U5	15min	RCE	7 h após a RCE
U6	12min	RCE	2 h após a RCE
U7	07min	RCE	3 h após a RCE

QUADRO 02 – Duração da PCR e Tempo óbito após o RCE dos participantes, Salvador, 2017.

Fonte: Souza et. al., 2017.

Com relação ao tempo PCR, o maior tempo encontrado no trabalho foi de 20 minutos e o menor de 04 minutos. Cruz; Gentil (2012), relatam que na vigência da PCR o risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto à medida que cessa a circulação para os órgãos vitais, como o cérebro. Contudo, como dito anteriormente, não foi possível avaliar os danos neurológicos, visto que a literatura assegura que são necessárias 72 horas após o RCE para definir o prognóstico neurológico, como relatado por Hissa *et. al.* (2013), Junior *et. al.* (2010), e Damiani *et. al.* (2012).

No que tange aos cuidados pós-PCR, todos tiveram como principal cuidado o controle hemodinâmico com uso de droga vasoativa, sendo a Noradrenalina a droga de escolha. Somente um dos pacientes realizou gerenciamento da temperatura, sendo que tal gerenciamento foi realizado a partir de sugestão dos autores deste trabalho, tendo também realizado eletrocardiograma. A indução da temperatura mais baixa foi realizada através de compressas e soros gelados. Outros quatro tiveram exames laboratoriais coletados. Tais achados estão elencados no quadro 04.

No que se refere a noradrenalina, apesar de nos prontuários constarem o valor

da vazão da droga, somente em U5 encontrou-se o registro da microgramagem (mcg) da droga, 0,29 *mcg/kg/min*. Vale ressaltar que o cálculo da mcg da droga vasoativa é fundamental para prever o prognóstico dos participantes, como foi demonstrada por Oliveira *et. al.* (2005), a taxa de mortalidade aumenta quando a noradrenalina é usada em doses maiores que 0,5 *mcg/kg/min* e nos pacientes com duas ou mais falências orgânicas. Contudo, tal cálculo não é protocolo da instituição campo de pesquisa. Nos demais usuários, os registros relatam o uso do medicamento e que estavam em ascensão até poucas horas antes do óbito.

No que tange aos exames laboratoriais coletados, as principais alterações foram encontradas na hemogasometria arterial, em U2, U3, U5 e U6 encontrou-se acidose metabólica com PH e lactatos séricos alterados. Nos pacientes relatados, foi utilizado reposição de bicarbonato de sódio na tentativa de reversão do distúrbio metabólico.

CÓDIGO	CUIDADOS PÓS PCR
U1	Estabelecimento de via aérea avançada, Passagem de PAMI, sedação, droga vasoativa.
U2	Exames laboratoriais, ECG, controle hemodinâmico, droga vasopressora, gerenciamento de temperatura
U3	Exames laboratoriais, controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U4	Exames laboratoriais, controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U5	Exames laboratoriais, Controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U6	Exames laboratoriais, Controle hemodinâmico, droga vasopressora.
U7	Controle hemodinâmico, droga vasopressora.

QUADRO 03 - Cuidados prestados, pós PCR conforme protocolo AHA (2015), Salvador, 2017

Fonte: Souza *et. al.*, 2017.

A AHA (2015) acrescentou um quinto elo da cadeia da sobrevivência do ACLS, os cuidados pós-RCP, que têm sido considerados como potencial de melhorar a mortalidade precoce. A mesma entidade revela que as principais medidas a serem adotadas incluem: tratamento de reperfusão precoce para os casos de trombose

coronariana; estabilização e manutenção dos parâmetros hemodinâmicos; correção dos distúrbios dos gases arteriais; manutenção dos valores normais de glicose, hemoglobina e eletrólitos; controle do balanço hídrico; introdução de nutrição enteral precoce, bem como de sedação e analgesia; prevenção e tratamento das convulsões; indução de hipotermia terapêutica; e estabelecimento do prognóstico do paciente.

Referente à idade, 43% dos pacientes possuíam 60 anos ou mais, que conforme conceituação da (OMS, 2002), nos países em desenvolvimento, é considerado idoso. Segundo Campanharo *et.al.* (2015), variáveis como idade avançada, parada cardiorrespiratória não presenciada, RCP prolongada, ritmo cardíaco inicial da PCR e elevada da temperatura corporal no período pós-RCP estão associadas a prognósticos desfavoráveis, mas não podem discriminar com precisão os pacientes com boa ou má evolução neurológica.

Dos pacientes acompanhados, nenhum deles apresentou alterações na temperatura pós RCE, variando entre 35°C e 37°C. Porém, não foi implementado cuidado de manutenção de temperatura alvo, que é a principal conduta indicada pela AHA (2015) no intuito de prevenir sequelas neurológicas, excetuando-se em U2, que foi indicado tal cuidado por componentes dessa pesquisa, mantendo temperatura de 35°C durante as 12 horas assistenciais. Basicamente, a principal preocupação da equipe, no pós RCE foi o controle hemodinâmico, não se aprofundou na investigação da causa da PCR, podendo tal fato guardar relação com gravidade clínica dos pacientes já apresentada anteriormente. Entretanto, vale destacar as PCR U3 e U4, que apesar de possuir diagnóstico médico, o tratamento adequado somente foi instituído após cinco PCR, revelando importante fragilidade na condução terapêutica e desfecho desfavorável.

4 | CONCLUSÃO

Neste estudo, o menor índice do SAPS foi de 63 pontos ou 55% de mortalidade prevista, em apenas um paciente. Já o maior índice foi de 87 pontos, com 92% de mortalidade prevista. No que tange aos cuidados pós-PCR, todos tiveram como principal cuidado o controle hemodinâmico com uso de droga vasoativa, sendo a Noradrenalina a droga de escolha. Somente um dos pacientes realizou gerenciamento da temperatura e eletrocardiograma.

A pesquisa demonstrou que apesar de todos os esforços instituídos a gravidade clínica prévia dos pacientes, seja pela demora na procura ao serviço de saúde ou devido à dificuldade de acesso, influenciam diretamente no prognóstico de saúde. Faz-se necessário assim um maior investimento em atitudes preventivas ao invés de curativas.

Um ponto importante notado é que se faz necessário uma maior sensibilização

entre os profissionais de saúde acerca dos cuidados pós-PCR, que são importantes, especialmente o gerenciamento da temperatura.

Como dificuldades para realização do estudo, tem-se a baixa qualidade dos registros em prontuários, variando entre ausência de dados, inconsistências e incompletude dos dados, descritos pelos profissionais de saúde. Sendo assim, várias informações acerca dos cuidados prestados aos pacientes não foram encontradas, impossibilitando, principalmente ampliar a avaliação clínica.

O principal limitador do estudo em questão foi número de PCR acompanhadas, sete. Por tanto, se faz necessário novas pesquisas como as mesmas características para um maior entendimento do assunto, ou mesmo, a ampliação da pesquisa na mesma UTI para avaliar se haverá diferença nas condutas dos profissionais e nos índices de mortalidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ana; DUQUE, Ana; PAULINO, Carolina; BRITO, João; SILVESTRE, Joana; PEREIRA, João Gonçalves; MENDES, Vítor; TAPADINHAS, Camila; PÓVOA, Pedro. Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardiorrespiratória. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2011; 23(4):455-461.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Destques da American Heart Association na atualização das diretrizes de RCP e ACE**. © 2015 American Heart Association.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **III Censo Brasileiro de UTIs. 2009**. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/pdf/CensoAMIB2010.pdf>>. Acesso: 15/02/2017.

AULER, José Otávio Costa Junior; VANE, Mathes Fachini. Avaliação do desfecho que sofreram parada cardiorrespiratória durante o intraoperatório. **Tese de doutorado apresentada à faculdade de medicina da Universidade de São Paulo**. 2016.

CAMPANHARO, Cássia Regina Vancini; VANCINI, Rodrigo Luiz; LIRA, Claudio Andre Barbosa de; LOPES, Maria Carolina Barbosa Teixeira; OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; BATISTA, Ruth Ester Assayag; ATALLAH, Álvaro Nagib; GÓIS, Aécio Flávio Teixeira de. Um ano de seguimento da condição neurológica de pacientes pós-parada cardiorrespiratória atendidos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Einstein**, 2015;13(2):183-8.

CRUZ, Fábio Ribeiro da; GENTIL, Rosana Chami. Hipotermia induzida na parada cardíaca: implicações para a enfermagem. **Rev. Enferm. UNISA**. 2012; 13(2): 137-42.

DAMIANI, Daniel; NETO, José Antônio Arevalo; UEDA, Leandro Shigueru Ikuta Ueda; SCHNEIDER, Roberto. Síndrome de Lance-Adams depois de parada cardiorrespiratória prolongada: Relato de caso. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2012 mar-abr;10.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal** (2008) 29, 2276–2315 doi:10.1093/eurheartj/ehn310.

HISSA, Priscilla Nogueira Gomes; HISSA, Marcelo Rocha Nasser; ARAÚJO, Paulo Sérgio Ramos de. Análise comparativa entre dois escores na previsão de mortalidade em unidade terapia intensiva. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):21-6.

SILVA JUNIOR, João Manoel *et al.* Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 60, n. 1, p. 20-31, Feb. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000100003>.

LEÃO, Rodrigo Nazário; CAVACO, Paulo Ávila; CAVACO, Raquel Cavaco; GERMANO, Nuno; BENTO, Luís. Hipotermia terapêutica após parada cardíaca: preditores de prognóstico. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2015;27(4):322-332.

MELLO, Bruno Henrique Gallindo de; OLIVEIRA, Gustavo Bernardes F.; RAMOS, Rui Fernando; LOPES, Bernardo Baptista C.; BARROS, Cecília Bitarães S.; CARVALHO, Erick de Oliveira; TEIXEIRA, Fabio Bellini P.; ARRUDA, Guilherme D'Andréa S.; REVELO, Maria Sol Calero; PIEGAS, Leopoldo Soares. Validação da Classificação de Killip e Kimball e Mortalidade Tardia Após Infarto Agudo do Miocárdio. **Arq Bras Cardiol.** 2014; 103(2):107-117. DOI: 10.5935/abc.20140091.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes; GODOY, Paulo Henrique; LUIZ, Ronir Raggio; NETO, Antônio Farias; PANTOJA, Maurício Rocha; BARRETO, Wagner Silva; VILLELA, Paolo Blanco; PAULA, Leonardo Jorge Cordeiro de; TEIXEIRA, Bianca Mattos. Influência da Noradrenalina na Mortalidade dos Idosos com Choque Séptico. **Revista da SOCERJ** - Mai/Jun 2005. Vol 18 No 3.

OLIVEIRA, Joana Clarisse; PIMENTEL, Jorge; CARIU, Alain. Síndrome pós-paragem cardíaca: fisiopatologia, aspectos clínicos, terapêuticos e avaliação do prognóstico a médio e longo prazo: artigo de revisão. **Faculdade de medicina da Universidade de Coimbra.** Setembro, 2012.

SOARES, Lara Souza; HERMANN, Paula R. Souza. Parada Cardiorrespiratória no Pronto Socorro: comorbidades e desfecho. Monografia (Graduação) – **Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília**, 2014, 35 p.

VINCENT, Jean-Louis; MORENO, Rui. Clinical review: Scoring systems in the critically ill. **Critical Care** 2010, 14:207. <http://ccforum.com/content/14/2/207>.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA EM UM SHOPPING DE CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 09/03/2020

Cássia Lopes de Sousa

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/0625215425662303>

Amanda da Silva Guimarães

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4627055760499228>

Bianca Gabriela da Rocha Ernandes

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3431412325958077>

Hanna Ariela Oliveira Medeiros

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4178556735432503>

Jarlainy Taise Calinski Barbosa

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/1702365140859610>

Juliana da Silva Oliveira

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2661062553948313>

Laricy Pereira Lima Donato

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/0797335253181626>

Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7876584903056004>

Pâmela Mendes dos Santos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8493075456667031>

Sara Dantas

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5228776567816352>

Taiza Félix dos Anjos

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/3995415359637836>

Thayanne Pastro Loth.

Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, Rondônia, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7006094732970369>

RESUMO: O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, também acomete os homens, porém representa menos de 1%. Estudos indicam o aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, estabelecendo Como desafio a comunidade à educação na prevenção baseando-se no controle dos fatores de risco e estimulando os fatores modificáveis

da doença. O estudo teve como objetivo descrever a experiência acadêmica ao realizar orientações de prevenção do câncer de mama, em um shopping de Cacoal-RO. Trata-se de um relato de experiência descritivo-qualitativo, desenvolvida por acadêmicos de enfermagem em outubro/2019. Utilizou-se como método de ensino: cartazes, vídeos, jogo da memória e orientações individuais sobre o câncer de mama e a realização do autoexame das mamas. Durante o desenvolvimento das atividades foram abordados os temas: prevenção primária e secundária dando ênfase a detecção precoce do câncer de mama com enfoque no autoexame realizado pela própria mulher e exame clínico realizado pelo profissional de saúde. Os acadêmicos realizaram orientações e retiraram dúvidas de forma oral e demonstrativa em bonecos, ilustrando como deve ser realizado o autoexame da mama, e orientando sobre a importância de ter acompanhamento com um profissional da saúde. A experiência vivenciada proporcionou aos acadêmicos a relação teórico-prática dos conteúdos trabalhados do decorrer da graduação, incentivando a realização de as orientações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, dessa forma, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção do câncer de mama e melhoria da qualidade de vida dos ouvintes.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção. Câncer de mama. Promoção da saúde.

HEALTH EDUCATION ABOUT DETECTION EARLY CANCER BREAST IN A SHOPPING CACOAL-RO: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Breast cancer is the most common type among women in Brazil and worldwide, it also affects men, but it represents less than 1%. Studies indicate the an increase in its incidence in both developed and underdeveloped countries, establishing the community as a challenge to preventive education based on the control of risk factors and stimulating modifiable factors of the disease. The study aimed to describe the academic experience when carrying out breast cancer prevention guidelines, in a mall in Cacoal-RO. it is a report of a descriptive-qualitative experience, developed by nursing academics in October / 2019. It was used as a teaching method: posters, videos, memory game and individual guidance on breast cancer and breast self-examination. During the development of the activities, the following topics were addressed: primary and secondary prevention with emphasis on early detection of breast cancer with a focus on self-examination performed by the woman herself and clinical examination performed by the health professional. The academics performed orientations and cleared doubts in an oral and demonstrative on dolls, illustrating how breast self-examination should be carried out, and advising on the importance of having a follow-up with a health professional. The lived experience provided the academics with a theoretical-practical relationship of the contents worked during the graduation, encouraging the realization of the guidelines for prevention and early detection of breast cancer, thus contributing to the promotion of health, prevention of breast cancer and improving the quality of life of listeners.

KEYWORDS: Prevention. Breast cancer. Health promotion.

1 | INTRODUÇÃO:

O Câncer de mama é uma doença provocada pelo crescimento desordenado de células da mama. Esse segmento produz células anormais que se intensificam formando um tumor. Existem diversos tipos de Câncer de mama. Por essa razão essa patologia é capaz de evoluir de diversas formas. Alguns com classes de avanço elevado e outros mais moderados. Mas se diagnosticado em estágio inicial tem grandes chances de cura (INCA 2020).

A detecção precoce é imprescindível devido a grande taxa de morbimortalidade no País. Algumas medidas se dão diagnóstico precoce da doença, o rastreamento deve ser realizado através da mamografia e o autoexame das mamas. Essas medidas vêm sendo implantadas desde o século passado (TEIXEIRA,2017).

Para o controle da doença, vale ressaltar a relevância da promoção em saúde que permitem a população acesso a informações e que melhorem as oportunidades pra controlar o sobre peso e praticar atividades físicas regularmente (BRASIL, 2013)

A atenção básica juntamente com outros níveis de atenção à saúde divide a responsabilidade de buscar essa melhoria ao acesso e da qualidade no atendimento a população, tentando sempre solucionar a queixas apresentadas pela demanda (CAVALCANTE,2013).

O movimento Outubro Rosa é um momento afim de trazer conscientização, informações e conhecimentos sobre a detecção precoce do câncer da mama e colo do útero afim de prevenir mulheres venham adoecer. Desse modo as ações incentivam toda a comunidade sobre a relevância no controle do câncer, de forma mais direcionada.

Desta forma o objetivo geral com esta ação foi de realizar orientações acerca da detecção precoce do câncer de mama para a população geral, homens e mulheres, de todas as idades, a fim de colaborar com a prevenção do câncer de mama.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, na modalidade de relato de experiência. A ação de educação em saúde foi realizada em outubro/2019 em um shopping de Cacoal/Rondônia com objetivo de realizar orientações acerca da detecção precoce do câncer de mama para a população geral, homens e mulheres, de todas as idades, afim de colaborar com a prevenção do câncer de mama. O presente estudo antepôs por abordar a população independente do sexo, pois esta doença também acomete o sexo masculino mesmo sendo uma porcentagem pequena, realizando orientações sobre a detecção precoce do câncer de mama. Deste modo pode-se identificar a importância da necessidade destas atividades

educativas com a população.

Este projeto foi iniciativa dos acadêmicos do 8º período do curso de Enfermagem, através da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, no qual foi realizado com o grupo da população de Cacoal que se fazia presente em um Shopping no interior de Rondônia, utilizando como didática o uso de cartazes, jogo da memória, vídeos explicativos e orientações individuais sobre o câncer de mama, o autoexame, e avaliação clínica do profissional e saúde.

Para a realização desta ação os acadêmicos de Enfermagem foram orientados pela professora responsável da matéria de Ginecologia e Obstetrícia, com embasamento teórico em referências do Ministério da Saúde e outros artigos referente ao tema abordado na ação. Para que todas informações fossem passadas de forma clara e fácil os acadêmicos utilizaram demonstrações em bonecos ilustrando como deve ser realizado o autoexame da mama.

Este estudo apoiou-se na necessidade de conscientizar e orientar a população sobre o câncer de mama, onde pode ser identificado de forma precoce através da auto avaliação. Por consequência disto torna-se essencial que a população esteja sempre envolvida nestas atividades educativas, recebendo orientações dos profissionais para agregar conhecimento e reduzir taxas indesejadas do câncer de mama, uma vez que o conhecimento é fundamental para a prevenção de complicações desta doença crônica não transmissível, visto que ha outros meios de prevenção bem como alimentação, e estilo de vida.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

O câncer de mama tem inúmeros fatores de risco, podendo destacar alguns que aumentam a chance do surgimento desta doença, idade, fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais como estilo de vida, alimentação e fatores genéticos/hereditários. Esta doença pode se manifesta no sexo feminino e masculino onde atinge apenas 1%. Tendo em consideração o fator de risco idade, podemos destacar que mulheres a partir de 50 anos tem uma probabilidade maior de desenvolver o câncer de mama. Fatores endócrinos estão relacionado com a história da saúde da mulher como a idade da menarca, menopausa tardia, gravidez tardia, uso de anticoncepcionais e utilização de hormônio. O estilo de vida do indivíduo, como, ingestão de bebidas alcoólicas, obesidade também pode ser uma grande influência para o desenvolvimento desta doença. O pôr fim fatores genéticos, ondem envolve a história familiar, destacando grandes incidências de casos de câncer de mama da família (INCA, 2015; XAVIER et al, 2019).

Deteção precoce tem o intuito da identificação o câncer de mama nos estágios iniciais. Por este motivo tem grande importância a realização de atividades voltadas

ao tema de prevenção do câncer com atividades desenvolvidas direcionadas para a redução dos fatores de risco. No entanto, detecção precoce do câncer de mama não reduzem a incidência, mas podem diminuir taxa de mortalidade ocasionada pelo câncer. (INCA, 2015)

A ação educativa realizada proporcionou uma aproximação profissional com os indivíduos no local. Os acadêmicos de enfermagem esclareceram dúvidas apresentadas pelo público, e realizaram orientações através de cartazes educativos, vídeos, jogo de memória, orientações e demonstrações da realização do autoexame em bonecos, e orientando também sobre a importância da assistência prestada por um profissional da saúde.

Diante disto, foi apresentado por via de relatos verbais a importância da promoção da saúde com o intuito de levar conhecimento a respeito do câncer de mama para a população as formas de prevenção da doença por meio de mudança no estilo de vida, a importância da prática de exercícios físicos, a respeito dos fatores de risco, utilizando como embasamento teórico os manuais do Ministério da saúde. Durante a ação foi realizada a demonstração da técnica de autoexame das mamas através da utilização de bonecos, e a partir desse momento também foram realizadas orientações sobre o período ideal para a realização do autoexame, e estimular a procura por atendimento profissional regularmente para esclarecimento de dúvidas e avaliação clínica das mamas por um profissional habilitado.

O resultado obtido com essa atividade foi a experiência vivenciada incentivando a realização de as orientações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, dessa forma, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção do câncer de mama e melhoria da qualidade de vida dos ouvintes.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados percebe-se a relevância da detecção precoce do câncer de mama, tendo em vista que ele é uma doença crônica que configura um problema de saúde pública que pode atingir ambos os sexos, porém com mais frequência o sexo feminino. Com análise nos fatores de risco consegue-se rastrear um determinado indivíduo que está com vulnerabilidade para desenvolver câncer de mama.

A educação em saúde pode ser realizada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) é imprescindível para prevenção e detecção precoce do câncer de mama, auxiliando a população sobre os riscos e informações da doença, e estando sempre tentando solucionar as queixas apresentadas pela demanda. O movimento outubro rosa vem para complementar e agregar conhecimento passando informações em massa para a população.

Desta forma considera-se que a detecção precoce de câncer de mama pode ser feita através de rastreamentos de indivíduos predisponente para o desenvolvimento da doença, e também através das campanhas de educação em saúde, como as campanhas feita no outubro rosa, para incentivar a população á realização do autocuidado, autoavaliação e incentivá-los a aderir a medicina preventiva, onde tem foco em consultas de prevenção. A detecção precoce pode evitar o desenvolvimento desacelerado para uma fase mais avançada, diminuindo incidências da doença e a mortalidade da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: cadernos de atenção básica, nº 13. 2013.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf> . Acesso em: 01 mar. 2020.

CAVALCANTE, S. A. M. et al. **Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil.** Revista Brasileira de Cancerologia, v.59, n.3, p.359-466, 2016. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/17-revisao_literatura-acoes-enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf> . Acesso em: 01 de mar 2020.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva** – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Dois décadas de Dia Mundial do Câncer e “Estimativa 2020” marcam o 4 de fevereiro no INCA.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/noticias/duas-decadas-de-dia-mundial-do-cancer-e-estimativa-2020-marcam-o-4-de-fevereiro-no-inca>> Acesso em: 28 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tipos de Câncer.** 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>> . Acesso em: 28 fev. 2020.

TEIXEIRA, M. S. et. al. **Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama.** Acta Paul Enferm. v.30, n.1, p:1-7, 2017.

XAVIER, Mariza Dias et al. **Perfil sociodemográfico e fatores de risco no câncer de mama: mutirão do câncer.** Unimontes Científica, p. 109-116, 2019. Disponível em: <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/viewFile/839/525>. Acesso em: 29 fev. 2020.

ESTRESSE OCUPACIONAL NO COTIDIANO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 31/03/2020

Carolina Falcão Ximenes

Enfermeira. Profa. do curso de enfermagem da Faveni – Faculdade Venda Nova do Imigrante e doutoranda do Departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória – ES <http://lattes.cnpq.br/3613329548109549>

Gustavo Costa

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Ciências Fisiológicas. Vitória – ES <http://lattes.cnpq.br/1565084255418826>

Mileny Rodrigues Silva

Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES. <http://lattes.cnpq.br/3936736037098754>

Magda Ribeiro de Castro

Enfermeira. Profa. do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES. <http://lattes.cnpq.br/6810603722774269>

Maria Edla de Oliveira Bringuente

Profa.Dra. do Programa de Pós e Graduação do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES. <http://lattes.cnpq.br/5786594324498349>

RESUMO: Objetivo: identificar os fatores estressantes que mais acometem os enfermeiros

de um hospital de ensino. **Métodos:** estudo exploratório, descritivo, de campo, envolvendo sessenta enfermeiros. A coleta de dados foi realizada no hospital e ocorreu por meio da auto aplicação de um questionário constituído por dados sócio-demográficos e inventário sobre fatores de estresse para o profissional enfermeiro. **Resultados:** as categorias a seguir, obtiveram fatores estatisticamente significantes ao cruzar os dados sócio-demográficos: “Fatores Intrínsecos ao Trabalho”, “Relações no Trabalho” e “Papéis Estressores da Carreira”. Todas apresentaram escores de médias a altas demandas estressoras. Além disso, os enfermeiros assistenciais apresentaram mais fatores significantes para o estresse se comparados aos enfermeiros administrativos. **Conclusão:** os enfermeiros estudados foram mais atingidos pelos “Fatores Intrínsecos ao Trabalho”, com destaque para falta de recursos humanos, instalações físicas inadequadas e questões salariais.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse Ocupacional, Enfermagem, Saúde do Trabalhador.

OCCUPATIONAL STRESS IN THE DAILY NURSES OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: Objective: to identify the stressors that most affect nurses in a teaching hospital. **Methods:** exploratory, descriptive, field study,

involving sixty nurses. Data collection was carried out in the hospital and occurred through the self-application of a questionnaire consisting of socio-demographic data and an inventory of stress factors for the professional nurse. **Results:** the following categories obtained statistically significant factors when crossing the socio-demographic data: “Intrinsic Factors at Work”, “Relationships at Work” and “Career Stressing Roles”. All showed scores from medium to high stressful demands. In addition, nursing assistants had more significant factors for stress compared to administrative nurses. **Conclusion:** the nurses studied were more affected by the “Intrinsic Factors at Work”, with emphasis on the lack of human resources, inadequate physical facilities and salary issues. **KEYWORDS:** Nurses; Nursing work; Nursing Research; Occupational Stress; Risk factors.

INTRODUÇÃO

Como destacado pela Organização Internacional do Trabalho, o estresse ocupacional é um fenômeno global que afeta os trabalhadores em todos os locais de trabalho e em diversos países. Esse fenômeno pode ser percebido pelo indivíduo como uma ameaça (negativo) ou um desafio (positivo) e desencadear diversas reações associadas (SELYE, 1965).

Sabe-se que os enfermeiros têm alta demanda de trabalho, alto estresse ocupacional, altas taxas de desgaste (BOBBIO; MANGANELLI, 2015; KUPCWICZ; JÓZWIK, 2019; WANG et al., 2020) e baixa satisfação no trabalho (KHAMISA; PELTZER; ILIC; OLDENBURG, 2016). O estresse no trabalho e a exaustão resultam dos efeitos cumulativos dos estressores no trabalho de enfermagem e, conseqüentemente, podem influenciar na assistência e cuidado (AIKEN et al., 2002; YING; AUNGSUROCH, 2018), na saúde e subjetividade do trabalhador (CASTRO; FARIAS, 2015), aumentando a intenção dos enfermeiros de deixar seus empregos (LIU et al., 2018; CHIN et al., 2019).

Segundo Leineweber e colaboradores (2016), 21,7% dos enfermeiros apresentaram a intenção de abandonar o local de trabalho, reverberando diretamente no abandono da profissão. Outros motivos como “salário e bônus”, “carga de trabalho pesada” e “desequilíbrio na vida e no trabalho” foram relatados pela Associação de União de Enfermeiro de Taiwan, fazendo com que profissionais da enfermagem, muitas vezes, se sintam sobrecarregados e desestimulados com o serviço que desenvolvem (FEITOSA; SIMONETTI; FERRAZ; KOBAYASHI, 2012).

Entende-se que um passo inicial para reduzir o estresse ocupacional é entender os estressores presentes nos ambientes de trabalho, bem como os métodos pelos quais esses estressores podem ser eliminados ou minimizados.

Uma melhor compreensão destes processos também permitirá a proposição de intervenções e busca de soluções, considerando que o desgaste sofrido por cada

profissional, depende especialmente da sua interação com o ambiente de trabalho, sua valorização e também aspectos da vida pessoal (FONSECA; NETO, 2014).

Diante do exposto, este estudo objetiva identificar os fatores estressores que mais acometem os enfermeiros assistenciais e administrativos de um hospital universitário. Espera-se auxiliar a instituição a identificar os fatores estressores como aspecto importante à saúde do trabalhador repercutindo na qualidade da assistência ofertada ao indivíduo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de campo (POLIT; HUNGLER, 2011), com abordagem quantitativa, para caracterizar os principais estressores que acometem os enfermeiros em um Hospital de Ensino em Vitória, Espírito Santo. A escolha do hospital baseou-se por ser utilizado como campo de atividades e estágio para os acadêmicos da universidade. A amostra foi constituída por 53% dos enfermeiros do Hospital (n=60), independente da faixa etária, do sexo e vínculo empregatício.

Os dados foram obtidos a partir de um questionário constituído de duas partes. A primeira contém dados sócio-demográficos para caracterização dos participantes do estudo, contendo sexo, idade, tempo de serviço na enfermagem, vínculo com a instituição, setor de atuação, carga horária semanal e quantidade de empregos. A segunda parte constituída do inventário de estresse em enfermeiros (IEE). Inventário já validado no Brasil, contendo 44 itens, dispostos em quatro categorias: “fatores intrínsecos ao trabalho”, “relações no trabalho”, “papéis estressores da carreira” e “estrutura e cultura organizacional” (STACCIARINI; TROCOLLI, 2000).

Os questionários foram auto aplicados após abordagem direta das pesquisadoras ao profissional em seus respectivos setores de trabalho, permanecendo no local até o término do preenchimento. Ressalta-se que as autoras foram capacitadas e combinaram com os participantes do estudo previamente a melhor data e horário para a coleta dos dados.

Para responder ao IEE o participante considerou seu ambiente de trabalho e indicou para cada item avaliado, a presença de fontes de tensão ou estresse de acordo com a seguinte escala: Nunca, Raramente, Algumas Vezes, Muitas Vezes e Sempre.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Social Package Statistical Science (SPSS) versão 17.0 e fixado um nível de significância de 5% correspondendo a $p=0,05$ (limite de confiança de 95%).

Foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes para verificar se existe diferença significativa entre os grupos e

as variáveis gênero e vínculo com o hospital. Já para variáveis idade e anos de trabalho foi realizado o teste Kruskal-Wallis. Foi realizado também o *teste t-Student* para amostras independentes para comparação entre os setores (assistencial e administrativo).

Participaram deste estudo, os profissionais que aceitaram espontaneamente participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi garantido o sigilo de sua identidade, confidencialidade dos dados e preservado o direito de sua retirada em qualquer fase do desenvolvimento da pesquisa, sem que houvesse nenhum prejuízo por essa decisão.

A identificação dos questionários ocorreu por ordem de aplicação dos mesmos, sendo garantidos os preceitos da Ética em Pesquisa com seres humanos. Os dados só foram coletados após aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Integrado de Atenção à Saúde.

RESULTADOS

Dos 60 participantes do estudo, 50 eram do sexo feminino (90%), com faixa etária predominante de 20 a 30 anos, 40 profissionais (66,7%) tinham mais de 5 anos trabalhados exercendo a função de enfermeiro; 24 (40%) possuíam vínculo empregatício na forma de contrato, 35 (58,3%) trabalhavam em 1 emprego e 42 enfermeiros (70%) trabalhavam mais de 40 horas semanais.

Os dados sócio-demográficos gênero, faixa etária, tempo de trabalho, vínculo empregatício, foram cruzados com inventário sobre fatores de estresse para o profissional enfermeiro, nas quatro categorias: fatores intrínsecos ao trabalho, relações ao trabalho, papéis estressores da carreira e estrutura e cultura organizacional.

Observou-se que os itens mais estressantes apontados pelos enfermeiros na categoria “Fatores Intrínsecos ao trabalho” (Tabela 1), foram: falta de recursos humanos, trabalhar em instalações físicas inadequadas e receber este salário. Na Categoria “Fatores Intrínsecos ao Trabalho” em relação à idade, enfermeiros com idade entre 20-30 anos consideraram mais estressante comparado com as outras faixas etárias receber baixos salários, “este salário”. Ainda, no vínculo empregatício, os enfermeiros contratados consideraram mais estressante comparado aos enfermeiros concursados, nos quesitos referentes “levar serviço para fazer em casa” ($p=0,037$) e “executar procedimentos rápidos” ($p=0,047$). Já o fator receber baixos salários “este salário”, foram os enfermeiros concursados que o consideraram mais estressante ($p=0,000$).

Fazer esforço físico para cumprir o trabalho:	n (%)	3 (5,0)	22 (36,7)	23 (38,3)	11 (18,3)	1 (1,7)
Desenvolver atividades além da minha função ocupacional:	n (%)	2 (3,3)	6 (10,0)	17 (28,3)	24 (40,0)	11 (18,3)
Cumprir na prática uma carga horária maior:	n (%)	4 (6,7)	16 (26,7)	24 (40,0)	9 (15,0)	7 (11,7)
Levar serviço para fazer em casa:	n (%)	12 (20,0)	23 (38,3)	15 (25,0)	7 (11,7)	3 (5,0)
Falta de material necessário ao trabalho:	n (%)	2 (3,3)	2 (3,3)	17 (28,3)	32 (53,3)	7 (11,7)
Falta de recursos humanos:	n (%)		2 (3,3)	13 (21,7)	22 (36,7)	23 (38,3)
Trabalhar em instalações físicas inadequadas:	n (%)	1 (1,7)	2 (3,3)	13 (21,7)	26 (43,3)	18 (30,0)
Trabalhar em horário noturno:	n (%)	22 (36,7)	13 (21,7)	18 (30,0)	5 (8,3)	2 (3,3)
Trabalhar em ambiente insalubre:	n (%)	2 (3,3)	13 (21,7)	17 (28,3)	19 (31,7)	9 (15,0)
Executar procedimentos rápidos:	n (%)	9 (15,0)	18 (30,0)	15 (25,0)	16 (26,7)	2 (3,3)
Receber este salário:	n (%)	2 (3,3)	9 (15,0)	16 (26,7)	16 (26,7)	17 (28,3)

Tabela 1- Fatores intrínsecos ao trabalho

N- Nunca, R- Raramente, AV- Algumas Vezes, MV- Muitas Vezes e S- Sempre

Na Categoria “Relações no Trabalho” (Tabela 2), os enfermeiros apontaram trabalhar com pessoas despreparadas como fator consideravelmente estressante. Ao correlacionar com os dados sócio-demográficos, os enfermeiros com idade entre 20-30 anos consideraram mais estressante trabalhar em equipe que aqueles com idade entre 41-50 anos ($p=0,041$).

Fatores		N	R	AV	MV	S
Começar em uma função nova:	Frequência	7	11	36	6	-
	%	11,7	18,3	60,0	10,0	-
Conciliar as questões profissionais com as familiares :	Frequência	4	14	19	18	5
	%	6,7	23,3	31,7	30,0	8,3
Trabalhar com pessoas despreparadas :	Frequência	1	5	19	29	6
	%	1,7	8,3	31,7	48,3	10,0
Relacionamento com os colegas enfermeiros:	Frequência	7	27	16	6	4
	%	11,7	45,0	26,7	10,0	6,7
Relacionamento com a equipe médica:	Frequência	5	20	20	12	3
	%	8,3	33,3	33,3	20,0	5,0
Relacionamento com a chefia:	Frequência	12	32	9	4	3
	%	20,0	53,3	15,0	6,7	5,0
Trabalhar em equipe:	Frequência	14	20	13	10	3
	%	23,3	33,3	21,7	16,7	5,0
Prestar assistência a pacientes graves:	Frequência	14	21	17	8	-
	%	23,3	35,0	28,3	13,3	-
Atender familiares de pacientes :	Frequência	8	17	27	7	1
	%	13,3	28,3	45,0	11,7	1,7
Impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente:	Frequência	10	14	18	13	5
	%	16,7	23,3	30,0	21,7	8,3
Atender um número grande de pessoas:	Frequência	3	15	22	14	6
	%	5,0	25,0	36,7	23,3	10,0

Tabela 2- Relações no trabalho

N- Nunca, R- Raramente, AV- Algumas Vezes, MV- Muitas Vezes e S- Sempre

Na Categoria “Papéis Estressores da Carreira” (Tabela 3), os enfermeiros identificaram como fatores estressantes: sentir desgaste emocional com o trabalho e responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta. Ao correlacionar os dados, evidenciou-se que enfermeiros do sexo feminino consideraram mais estressante se comparado com os profissionais do sexo masculino o fator “responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a instituição presta” ($p=0,020$).

Fatores		N	R	AV	MV	S
Fazer um trabalho repetitivo:	Frequência	3	19	22	14	2
	%	5,0	31,7	36,7	23,3	3,3
Sentir desgaste emocional com o trabalho:	Frequência	1	5	23	26	5
	%	1,7	8,3	38,3	43,3	8,3
Trabalhar em clima de competitividade:	Frequência	9	20	13	14	4
	%	15,0	33,3	21,7	23,3	6,7
Prestar assistência ao paciente:	Frequência	19	23	10	6	2
	%	31,7	38,3	16,7	10,0	3,3
Distanciamento entre a teoria e a prática:	Frequência	7	12	23	15	3
	%	11,7	20,0	38,3	25,0	5,0
Desenvolver pesquisa:	Frequência	17	26	15	2	-
	%	28,3	43,3	25,0	3,3	-

Sentir-se impotente diante das tarefas a serem realizadas:	Frequência	3	12	23	16	6
	%	5,0	20,0	38,3	26,7	10,0
Dedicação exclusiva à profissão:	Frequência	9	15	20	13	3
	%	15,0	25,0	33,3	21,7	5,0
Indefinição do papel do enfermeiro:	Frequência	10	11	13	21	5
	%	16,7	18,3	21,7	35,0	8,3
Responsabilizar-se pela qualidade de serviço que a Instituição presta:	Frequência	4	10	14	18	14
	%	6,7	16,7	23,3	30,0	23,3
Impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente:	Frequência	10	14	18	13	5
	%	16,7	23,3	30,0	21,7	8,3

Tabela 3 - Papéis estressores da carreira

N- Nunca, R- Raramente, AV- Algumas Vezes, MV- Muitas Vezes e S- Sempre

Na Categoria Estrutura e Cultura Organizacional (Tabela 4), os enfermeiros apontaram como estressor ter que administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas. Nesse caso, todos os itens analisados apresentaram escores de média a altas demandas estressoras. Observou-se que os enfermeiros com até 5 anos de trabalho consideraram mais estressante o item restrição a autonomia profissional em relação aqueles com mais tempo de profissão.

Fatores		N	R	AV	MV	S	T
Executar tarefas distintas simultaneamente:	Frequência	2	11	23	21	3	60
	%	3,3	18,3	38,3	35,0	5,0	100
Resolver imprevistos que acontecem no local de trabalho:	Frequência		4	29	20	7	60
	%		6,7	48,3	33,3	11,7	100
Responder por mais de uma função neste emprego:	Frequência	2	10	19	22	7	60
	%	3,3	16,7	31,7	36,7	11,7	100
Administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas:	Frequência	1	7	19	14	19	60
	%	1,7	11,7	31,7	23,3	31,7	100
Manter-se atualizada:	Frequência	4	32	13	3	8	60
	%	6,7	53,3	21,7	5,0	13,3	100
Falta de espaço no trabalho para discutir as experiências, tanto as positivas como as negativas:	Frequência	2	8	24	15	11	60
	%	3,3	13,3	40,0	25,0	18,3	100
Fazer turnos alternados de trabalho:	Frequência	11	19	18	8	4	60
	%	18,3	31,7	30,0	13,3	6,7	100
Ter um prazo curto para cumprir ordens:	Frequência	3	13	17	20	7	60

	%	5,0	21,7	28,3	33,3	11,7	100
Restrição da autonomia profissional:	Frequência	5	10	27	18	-	60
	%	8,3	16,7	45,0	30,0	-	100
Interferência da Política Institucional no trabalho:	Frequência	2	10	28	17	3	60
	%	3,3	16,7	46,7	28,3	5,0	100
A especialidade em que trabalha:	Frequência	10	19	22	7	2	60
	%	16,7	31,7	36,7	11,7	3,3	100

Tabela 4- Estrutura e cultura organizacional

N- Nunca, R- Raramente, AV- Algumas Vezes, MV- Muitas Vezes, S- Sempre e T- Total

Também foram analisados, os itens das quatro categorias referentes à função administrativa e assistencial exercida pelo enfermeiro. Nos “Fatores Intrínsecos ao Trabalho”, os enfermeiros administrativos consideraram “levar mais serviço para fazer em casa” mais estressante com relação aos assistenciais ($p= 0,006$). Sobre trabalhar em horário noturno, os enfermeiros assistenciais consideraram mais estressante ($p= 0,005$). E, acerca da “Estrutura e Cultura Organizacional”, os enfermeiros assistenciais assinalaram como mais estressante manter-se atualizados ($p= 0,014$) e fazer turnos alternados de trabalho ($p= 0,003$).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou elucidar os fatores estressores que mais acometem os enfermeiros assistenciais e administrativos de um hospital universitário no cotidiano de sua prática profissional. Apesar de discutido na literatura, esses fatores estressores precisam ser amplamente estudados, discutidos e, sobretudo, debelados.

Sabe-se que a presença do estresse pode afetar (in) diretamente a saúde do trabalhador, tornando-o susceptível ao desgaste emocional e esgotamento, podendo repercutir na qualidade da assistência.

Entre os fatores avaliados na categoria “fatores intrínsecos ao trabalho” destacou-se a “falta de recursos humanos”, que pode se traduzir como impotência no pleno desenvolvimento laboral, fato destacado em condições de esgotamento do enfermeiro frente à assistência ao indivíduo (WANG, et al., 2020). Quando mencionado “trabalhar em instalações físicas inadequadas”, “falta de material necessário ao trabalho” e “trabalhar em ambiente insalubre”, abriu-se a possibilidade de refletir sobre os riscos ocupacionais presentes em âmbito institucional. De acordo

com a Organização Mundial da Saúde, os riscos ergonômicos caracterizam-se riscos potenciais à saúde entre os profissionais de saúde, associados, por exemplo, a inadequação de instalações físicas. Estudos realizados na Ásia (YIP, 2001; SMITH; MIHASHI; ADACHI; KOGA; ISHITAKE, 2006) revelaram que levantar pacientes ou objetos pesados manualmente foi um fator de risco associado a distúrbios osteomusculares, como dores nas costas. Nessa vertente, Kozak, Schedlbauer, Peters e Nienhaus (2014) constataram em estudo que a dor lombar esteve relacionada ao desgaste do trabalhador, tornando perceptível sua influência com o estresse. O fator: “receber esse salário”, evidencia a insatisfação do enfermeiro quanto a sua valorização profissional. Nesse sentido, Bekker, Coetzee, Klopper e Ellis (2015) observaram que a insatisfação profissional do enfermeiro reverberava de maneira negativa na execução de suas tarefas laborais. Segundo a Associação de Enfermeiros da União de Taiwan, 57,8% dos profissionais de enfermagem, expressam a intenção de deixar a profissão, detalhe de relevância, visto que o público mais insatisfeito neste fator, são os enfermeiros mais jovens.

Acerca da categoria “Relações no trabalho”, identificou-se como principal fator estressor “trabalhar com pessoas despreparadas”. Estudos destacam a redução da mão de obra da enfermagem em hospitais para minimizar custos, desviando os serviços para indivíduos não capacitados (CHEN et al., 2020). Destaca-se ainda, nesta categoria, o fator “atender um número grande de pessoas” como estressante.

Sabe-se que as condições de trabalho na profissão de enfermagem demandam múltiplos aspectos cognitivos e físicos do trabalhador visando o atendimento e cumprimento das tarefas laborais, acompanhado muitas vezes, de fadiga física e psicológica (MISIÁK et al., 2020), ocasionado, por vezes, em função de uma sobrecarga que reflete na sensação de “desgaste emocional com o trabalho”, igualmente referido pelos participantes deste estudo ao responder aos itens da categoria “papéis estressores da carreira”.

Acerca dos itens propostos na categoria “Estrutura e cultura organizacional”, evidenciou-se, neste estudo, um destaque para o fator administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas. Contudo, segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, cabe ao enfermeiro supervisionar o trabalho de sua equipe profissional.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam a necessidade de elaborar estratégias de resolução diante dos desafios explanados nessa pesquisa relacionados às condições de trabalho que contribuem para o estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário. Ao estudar o IEE e os resultados obtidos, evidenciou-se que nos “Fatores intrínsecos ao trabalho” englobando a falta de recursos humanos;

trabalhar em instalações físicas inadequadas e receber baixos salários, foram destacados pelos participantes como fatores estressores no cotidiano laboral.

Quanto às “Relações no trabalho”, foram destacados trabalhar com pessoas despreparadas; atender um número grande de pessoas e impossibilidade de prestar assistência direta ao paciente, e, sobre os “Papéis estressores da carreira”, o item sentir desgaste emocional com o trabalho foi significativamente referido pelos participantes deste estudo como estressores, assim como em “Estrutura e cultura organizacional”, observou-se predomínio do item administrar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas.

A partir do exposto, sugere-se que a instituição deve estar atenta para a melhoria e adequação de condições físicas de trabalho bem como de recursos humanos, primando pela satisfação do enfermeiro em seu trabalho, dignificando sua capacidade intelectual e sua valorização financeira, com atenção especial aos enfermeiros jovens, com menos experiência profissional, pois são os mais suscetíveis à (sobre) carga psicossocial.

REFERÊNCIAS

AIKEN, L.H.; CLARKE, S.P.; SLOANE, D.M.; SOCHALSKI, J.H.; SILBER, J.H. **Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction.** JAMA. n. 288, v. 2, p. 1987–1993, 2002.

BEKKER, M.; COETZEE, S.K.; KLOPPER, H.C.; ELLIS, S.M. **Non-nursing tasks, nursing tasks left undone and job satisfaction among professional nurses in South African hospitals.** J. Nurs. Manag. n. 23, v. 1, p. 1115–1125, 2015.

BOBBIO, A; MANGANELLI, A.M. **Antecedents of hospital nurses’ intention to leave the organization: A cross sectional survey.** Int. J. Nurs. Stud. n. 52, v. 1, p. 1180–1192, 2015.

CASTRO, M.R.; FARIAS, S.N.P. **O estresse como gerador do acidente de trabalho com perfurocortantes na equipe de enfermagem.** REV.Enf-UFJF - Juiz de Fora. n. 1, v. 1, p. 17-24, 2015.

CHEN, Y.-C.; GUO, Y.-L.L.; LIN, L.-C.; LEE, Y.-J.; HU, P.-Y.; HO, J.-J.; SHIAO, J.-C. **Development of the Nurses’ Occupational Stressor Scale.** Int. J. Environ. Res. Public Health. n. 17, v. 2, 2020.

CHIN, W.; GUO, Y.L.; HUNG, Y.J. et al. **Workplace justice and intention to leave the nursing profession.** Nurs. Ethics. n. 26, v.1 p. 307–319, 2019.

FEITOSA, L.G.; SIMONETTI, S.H.; FERRAZ, B. E.R.; KOBAYASHI, R.M.F. **Caracterización del estrés de enfermeros que trabajan en hospital especializado en cardiología.** Enferm Global [periódico na Internet], n.11, v.28, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ptdocencia2.pdf>. Acesso em: 28 de janeiro de 2020.

FONSECA, J.R.F.; NETO, D.L. **Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência.** Rev Rene. n.15 v. 5, p. 732-42, 2014.

KHAMISA, N; PELTZER, K.; ILIC, D.; OLDENBURG, B. **Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study.** Int. J. Nurs. Pract. n. 22, v. 1, p.

538–545, 2016.

KOZAK, A.; SCHEDLBAUER, G.; PETERS, C.; NIENHAUS, A. **Self-reported musculoskeletal disorders of the distal upper extremities and the neck in German veterinarians: A cross-sectional study.** PLoS ONE. n. 9, v.1, 2014.

KUPCWICZ, E.; JÓZWIK, M. **Positive orientation and strategies for coping with stress as predictors of professional burnout among Polish nurses.** Int. J. Environ. Res. Public Health. n. 16, v. 1, p. 4264, 2019.

LEINEWEBER, C.; CHUNGKHAM, H.S.; LINDQVIST, R. et al. **Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study.** Int. J. Nurs. Stud. n. 58, v.1, p. 47–58, 2016.

LIU, W.; ZHAO, S.; SHI, L.; et al. **Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study.** BMJ Open. n. 8, v.1, 2018.

MISIAK B, et al. **Riscos psicossociais relacionados ao trabalho e sua relação com a qualidade de vida dos enfermeiros - um estudo transversal.** Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 755; Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/755>. Acesso em: 28 de janeiro de 2020.

POLIT, D.F., HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidência para prática da enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre (Brasil): Artes Médicas; 2011.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida.** São Paulo: Ibrasa, 1965.

SMITH, DR; MIHASHI, M.; ADACHI, Y.; KOGA, H.; ISHITAKE, T. **A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses.** J. Saf. Res. n. 37, v. 1, p.195–200, 2006.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCOLLI, B.T. **Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE).** Rev.latino-am.enfermagem. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, dezembro 2000.

WANG, J.; OKOLI, C.T.C.; HE, H.; FENG, F.; LI, J.; ZHUANG, L.; LIN, M. **Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study.** Int. J. Nurs. Stud. n. 102, v. 2, p. 103472, 2020.

YING, L.; AUNGSUROCH, Y. **Factors influencing nurse-assessed quality nursing care: A cross-sectional study in hospitals.** J. Adv. Nurs. n. 74, v. 1, p. 935–945, 2018.

YIP, Y. **A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong.** J. Adv. Nurse. n. 36,v.1, p. 794-804, 2001.

“O QUE IMPORTA PARA VOCÊ?” - A IMPORTÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DE TRABALHO DENTRO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 31/03/2020

Milene Lucio da Silva

Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/7254845443852964>

Adriana Teixeira Reis

Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/1214511185533941>

Fatima Cristina Mattara Camargo

Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/8099094094662589>

Elzeni dos Santos Braga

Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/0577333136095655>

Marcelle Campos Araújo

Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5921799971167001>

Maria de Fátima Junqueira-Marinho

Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/3947156009891071>

RESUMO: O desejo da maioria dos casais é ter um filho perfeito, bonito e saudável, que obedeça às expectativas criadas pela sociedade, mas nem sempre isso é possível. A necessidade de um tratamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), instabilidade emocional para os pais conflitos psíquicos em relação ao bebê que foi imaginado e dúvidas sobre o que está por vir. Os primeiros momentos com o filho recém-nascido (RN) dentro de uma unidade de terapia intensiva neonatal, traz ainda mais incertezas sobre o futuro. Partindo desse contexto, baseado nas iniciativas globais do *Institute for Healthcare Improvement*, foi elaborado o presente estudo, com objetivos de compreender as experiências dos pais na UTIN. **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva baseada no método história de vida, realizada em um hospital público federal, com onze participantes. Resultados: a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), foi identificado que as vivências dos pais na UTIN, são permeadas de sentimentos ambíguos de medo, afastamento e preocupação com seu

filho, assim como a dificuldade para maternar em meio a fios, aparelhos, ruídos, em um ambiente altamente tecnológico e repleto de incertezas. Os pais reforçam a necessidade do uso de tecnologias leves, através do acolhimento pelos profissionais da UTIN. **Conclusões:** O presente trabalho permitiu apreender que as vivências dos pais de bebês na UTIN estão entrelaçadas a sua história pregressa, diante dos aspectos envolvidos ao enfrentamento de uma condição de vida inesperada. O uso da pergunta “O que importa para você?” é perfeitamente aplicável em unidades neonatais, permitindo uma aproximação entre profissionais e usuários, facilitando a confecção de planos terapêuticos e melhoria da qualidade do cuidado em unidades neonatais.

PALAVRAS-CHAVE: unidade de terapia intensiva neonatal; empatia; relações familiares.

“WHAT MATTERS TO YOU?” - THE IMPORTANCE OF LIGHT TECHNOLOGIES IN THE WORKING PROCESS WITHIN A NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT

ABSTRACT: Most couples want to have a perfect, beautiful and healthy child who meets the expectations created by society, but this is not always possible. The need for treatment in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU), emotional instability for parents, psychic conflicts regarding the imagined baby and doubts about what is to come. The first moments with the newborn child (NB) within a neonatal intensive care unit brings even more uncertainty about the future. From this context, based on the global initiatives of the Institute for Healthcare Improvement, this study was designed to understand the experiences of parents in the NICU. Method: qualitative, descriptive research based on the life history method, conducted in a federal public hospital with eleven participants. Results: from the content analysis (BARDIN, 2011), it was identified that the experiences of parents in the NICU are permeated by ambiguous feelings of fear, withdrawal and concern for their child, as well as the difficulty to mother in the midst of wires, devices, noise in a highly technological environment full of uncertainties. Parents reinforce the need for the use of light technologies, by welcoming NICU professionals. Conclusions: The present work allowed us to understand that the experiences of parents of babies in the NICU are intertwined with their previous history, facing the aspects involved in coping with an unexpected life condition. The use of the question “What matters to you?” Is perfectly applicable in neonatal units, allowing a closer relationship between professionals and users, facilitating the preparation of therapeutic plans and improving the quality of care in neonatal units.

KEYWORDS: neonatal intensive care unit; empathy; family relationships.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, as tecnologias sofreram diversas modificações, tornando-se cada vez mais necessárias no cotidiano da humanidade, gerando, conseqüentemente, transformações na área da saúde, no meio ambiente, no comportamento dos

cidadãos e na interação social. (LIMA, JESUS E SILVA, 2018).

Santos, Frota e Martins (2016), descrevem que as tecnologias são um instrumento que vem ajudar a construir o conhecimento. Segundo eles, a tecnologia é a algo desenvolvido para ajudar na realização de um trabalho, bem como viabilizar o entendimento e aplicação de uma ação.

No campo da saúde, principalmente das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), observa-se um uso contínuo de equipamentos e ações de trabalho, a fim de promover o bem estar do cliente atendido. Neste cenário, há uma transformação e inovação tecnológica, além das várias ferramentas, máquinas, equipamentos e conhecimentos sob a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, da enfermagem e de outros profissionais da equipe multiprofissional que ali atuam. Isto permite dizer que há diferentes formas de tecnologia em questão, que podem modificar significativamente as relações humanas e o processo de trabalho. (HENNING, GOMES E MORSCH, 2010).

A evolução das tecnologias usadas nas UTI, ao longo da história, proporcionaram uma série de transformações nos processos de trabalho. Todas essas modificações visaram facilitar o cotidiano e melhorar a assistência aos recém-nascidos (RN) enfermos, nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), melhorando as taxas de mortalidade. (MIRANDA, CUNHA E GOMES, 2010). Esses avanços têm sido contínuos desde 1880, nos cuidados aos RN prematuros e enfermos, e em 1960 esses progressos deram origem às UTIN. Desde então, foram introduzidas máquinas cada vez mais modernas e eficazes, reduzindo a mortalidade neonatal e melhorando a sobrevivência desse grupo. Todo este aparato tecnológico proporcionou um ambiente extremamente barulhento, luminoso, com maior número de profissionais, realizando diversas intervenções. Logo, passou-se do mínimo manuseio ao RN à intervenção e manipulação excessiva da equipe intensivista. (NETO E RODRIGUES, 2010).

Em 1997, Emerson Merhy, definiu as tecnologias na área da saúde em três classes: Tecnologia dura, tecnologia leve-dura e tecnologia leve. Segundo ele, a tecnologia dura é caracterizada pelo material concreto como equipamentos, máquinas, mobiliário tipo permanente ou de consumo. A tecnologia leve-dura como um conjunto de saberes estruturados e representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo das especialidades como clínica médica, epidemiologia, neonatologia, geriatria e etc. Já a tecnologia leve diz respeito às relações humanas, ao processo de produção da comunicação, de vínculos, acolhimento, a escuta atenta, sendo a relação dos profissionais que conduzem o encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. (MERHY, 2002).

No contexto das UTIN, existem inúmeras máquinas e equipamentos que controlam sinais vitais, infundem medicações, monitoram débito urinário, atividade

cerebral e etc. Esse ambiente físico altamente tecnológico induz a equipe a desenvolver, ao longo de sua jornada, uma série de atividades instrumentais, com grande volume e/ou complexidade, os levando a uma desconsideração dos fenômenos psicoemocionais, tornando a UTIN um ambiente hostil. Isso corrobora com o distanciamento do núcleo familiar ao qual o RN pertence e, por conseguinte, a um enfraquecimento de relações interpessoais (CORRÊA et al. 2015).

Segundo Almeida e Fófano (2016), alguns profissionais de saúde não fazem distinção do ato de programar um equipamento entre o ato do cuidado ao paciente propriamente dito, o que deixa o trabalho meramente mecânico, uma vez que reconhecem o paciente como uma dimensão do aparelho tecnológico.

Em concordância, Lima, Jesus e Silva (2018), a grande densidade de tecnologias duras dentro da UTI pode colocar em risco a construção do espaço do cuidado humanizado, prejudicando as relações dos profissionais com o paciente e familiares, pelo fato de haver possibilidade de monitoramento contínuo por equipamentos e menor contato e relação deles com o paciente.

É incontestável que o progresso tecnológico transformou a história dos cuidados neonatais aos RN de alto risco, melhorando sua sobrevida. Entretanto, sabe-se que apenas atender as demandas biológicas não é suficiente; é necessário que outras particularidades também sejam consideradas. Neste sentido, destacam-se as tecnologias que a complexidade e singularidade do paciente neonatal. (FIALHO et al, 2015).

A utilização de tecnologias leves reforça a existência de um trabalho dinâmico, centrado no paciente e sua família, sendo um processo em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. O cuidar em Neonatologia não se limita apenas ao aspecto técnico, à realização de intervenções ou procedimentos. Engloba atitudes que possibilitam atender o outro com dignidade, empatia e ética, como um ser completo (NETO E RODRIGUES, 2010).

Na UTIN, além de um cuidado integral, é necessário uma comunicação efetiva com seus familiares. Estabelecer um relacionamento com a família possibilita ao profissional de saúde adquirir uma visão ampla dos problemas, compreender as necessidades e prioridades da família, contribuindo e facilitando o desenvolvimento de um plano de cuidado efetivo para a criança e seus familiares. (CORRÊA et. al. 2015).

Winnicott diz que, “o bebê sozinho não existe”. Araújo (2010), relata que ele precisa de relações familiares para crescer e desenvolver. De fato, o bebê na UTIN sofre privação afetiva, de contato e todos os seus sentidos estão sendo afetados por estímulos desagradáveis. As equipes de saúde necessitam criar uma cultura de transformar estímulos negativos em positivos na UTIN, a fim de proporcionar experiências agradáveis (ou, pelo menos, menos desagradáveis ao bebê que está

em pleno crescimento e desenvolvimento).

Diante do exposto, baseado nas iniciativas globais de cuidado centrado na pessoa e cuidado centrado na família do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) buscou-se reconhecer algumas vivências de pais na UTIN e saber, dos mesmos, “O que importa para você?” nesse contexto.

Vale ressaltar, que o IHI é uma instituição que utiliza a ciência para promover e sustentar a melhoria dos resultados e cuidados de saúde em todo o mundo. Ela descreve que devemos entrar em uma era de parcerias, onde os sujeitos sociais e os médicos discutem a tomada de decisão e seja respeitado os valores, necessidades e preferências desses indivíduos. Essa instituição está trabalhando com sistemas tanto para melhorar a experiência de cuidados, quanto para aumentar o nível de voz e influência dos pacientes. (IHI, 2018).

Ao se refletir sobre o uso das tecnologias no cuidado neonatal, devemos compreender que o que determina se uma tecnologia é boa ou ruim, se ela desumaniza, despersonaliza ou objetifica o cuidado, não é a tecnologia por si só, mas de que maneira ela é utilizada pelos profissionais de saúde e como ela é percebida pelos usuários e familiares. (NETO E RODRIGUES, 2010).

2 | OBJETIVOS

- Ouvir as vozes dos sujeitos sociais que vivenciam a experiência do nascimento e hospitalização do filho em UTIN.
- Descrever, a partir das narrativas e experiências desses pais “O que importa para você?”

3 | JUSTIFICATIVA

Conhecer a realidade vivenciada pelos pais na UTIN pode oferecer subsídios para um cuidado em saúde diferenciado, mediado por tecnologias leves, favorecendo e promovendo a formação do vínculo afetivo mãe-bebê, fundamental para o desenvolvimento emocional e cognitivo do RN.

Os profissionais de saúde necessitam conhecer as dificuldades vivenciadas pelas famílias, diante do nascimento e hospitalização da criança, para assim traçar intervenções que possam minimizar os fatores dificultadores para a formação dos laços de aproximação.

Sabe-se que a atitude emocional e o afeto da mãe orientam o bebê, favorecendo seu desenvolvimento. Segundo Dias; Almeida; Araújo (2010), o padrão do vínculo afetivo mãe-filho, o apego entre eles, e o ego desenvolvido no primeiro ano de vida

irá influenciar a formação da auto-imagem e autoconceito da criança, fazendo com que a essa se torne um indivíduo mais seguro e aceito na sociedade. Profissionais de saúde empáticos podem ajudar na construção de vínculos saudáveis e duradouros desde a hospitalização do RN na UTIN.

4 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida com uso do método história de vida. Minayo (2002), relata que a história de vida é uma forma peculiar de entrevista, onde o pesquisador usa como estratégia a compreensão da realidade, através da retratação das experiências vividas pelos sujeitos sociais.

O estudo foi desenvolvido em uma instituição pública federal, referência no estado do Rio de Janeiro, ao atendimento de gestantes de alto risco, principalmente com risco fetal.

A pesquisa foi registrada em Plataforma Brasil sob o número de CAEE: 87175518.0.0000.5269 e obteve aprovação institucional para sua realização pelo parecer 2.634.306, em maio de 2018.

Os pais participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de orientá-los quanto ao objetivo do estudo, garantindo o resguardo de sua identidade e de seu filho, assim como o direito em retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, recusar-se a responder qualquer pergunta, sem penalização alguma, conforme Resolução 510/2016. Foi esclarecido que a participação na pesquisa consistia em responder perguntas sob forma de entrevista, em um único encontro, porém caso desejasse interromper e retomar em outro momento, sua vontade seria respeitada. Somente após a assinatura do TCLE, iniciava-se a entrevista, a qual foi gravada em mídia digital (MP4). Logo após as entrevistas, as gravações foram transcritas para assegurar o registro e anonimato dos participantes. Essas serão arquivadas por cinco (5) anos, sendo incineradas e descartadas após esse período. Assim, foram incluídos no estudo, pais e mães que estão ou estiveram com seu filho hospitalizado na UTIN do hospital onde foi realizado a pesquisa.

Foram excluídos aqueles que estavam sem condições de falar ou, caso o bebê tenha ido à óbito no período da coleta de dados, realizada entre Maio a Outubro de 2018.

Os participantes da pesquisa foram identificados por nomes de pedras preciosas, garantindo-lhes o seu anonimato.

As entrevistas tiveram como pergunta norteadora: “Me fala o que você viveu,

suas experiências com o nascimento e hospitalização do seu filho na UTIN”. A quantidade de entrevistas foi limitada após atingir o ponto de saturação, à medida que as falas começaram a se repetir.

4.1 Análise dos dados

Para análise dos relatos foi utilizada a técnica da análise temática. O tema está ligado a uma afirmação a respeito de um determinado assunto. A unidade temática é uma unidade maior, que comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo, do qual tiramos uma conclusão (MINAYO, 2002).

A análise dos resultados foi norteada por Bardin (2011), dando origem a categorias analíticas.

Para auxiliar na elaboração dessa categorização foi utilizado um método sistemático de análise temático-categorial proposto por Oliveira (2008). Neste método, após as transcrições era realizada uma leitura exaustiva do material e anotado ao lado do texto qual tema se referia. Após essa técnica, foi utilizado o método de coloração, no qual a cada momento aparece no texto uma frase, um parágrafo ou uma palavra relacionada à vivência. Cada assunto foi codificado por uma cor. Após colorir por assunto cada parte das entrevistas, foi realizado o método de recorte e colagem em uma cartolina, com o título destacado.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a separação dos temas encontrados nas falas, foi usado a quantificação proposta por Oliveira (2008), e foi possível o destaque de duas grandes categorias: “Experiências de ter um filho na UTIN” e “O que importa para você?”

6 | EXPERIÊNCIAS DE TER UM FILHO NA UTIN

O desejo da maioria dos casais após o nascimento de um filho é levá-lo para casa, apresentá-lo aos amigos e família, e viver a felicidade diante da nova situação de vida. O que não acontece nos casos de bebês que precisam ir para uma UTIN.

As vivências frente ao nascimento de um RN que vai para uma UTIN é um acontecimento causador de choque, cercado de incertezas, seguido de uma separação repentina logo após o nascimento.

Assim que possível, os pais vão ao encontro do filho, e adentram num local, descrito por eles, como difícil. Logo à chegada já experimentam sensações desagradáveis:

“A experiência que eu tive na UTI neo [...]Primeira vez pra mim foi ruim, por eu ter muita peninha de ver ela ali, naquela situação” (Esmeralda)

A dor causada pela separação é potencializada por encontrar a criança de uma forma que não foi jamais sonhada, imaginada. A primeira visita é vista um dos momentos mais impactantes por alguns estudiosos, porque na maioria das vezes, os pais não fazem ideia em como vão encontrar seus filhos.

O uso de tecnologias modernas e avançadas para manutenção da vida fazem parte da rotina das UTIN, no qual é comum a criança estar monitorizada para acompanhamento de parâmetros vitais. Este cenário tão familiar para os profissionais de saúde é percebido pelos pais como um local amedrontador. Safira descreve:

“Quando eu vi ele ali cheio de fiozinho [...]meu mundo acabou, eu pensava meu filho não vai mais sair daqui, eu não posso pegar meu filho no colo. É, como é que vai ser a vida dele? aquilo me remoía tanto, eu me sentia culpada” (Safira)

Vale ressaltar a importância de um acompanhamento dos pais a UTIN desde a primeira visita. Um profissional de saúde deve estar capacitado a acolher, esclarecer dúvidas e passar informações pertinentes em relação à criança, assim como explicar para que servem os aparatos tecnológicos.

Schmidt et. al (2012) refere que a primeira visita constitui um momento importante para desfazer ou confirmar as expectativas e impressões advindas do pré-parto e parto, e ainda fazer emergir novos significados para a situação a ser vivenciada. Rolim et. al. (2016) recomendam que antes da primeira visita é necessário um preparo das mães, no qual antes de entrarem na UTIN, Já devem ser orientadas quanto à aparência geral do bebê e qual a finalidade dos equipamentos e fios conectados a ele.

Quando um profissional acolhe esses pais, logo na primeira visita, fornecendo o apoio necessário, as ansiedades podem ser diminuídas. Costa; Klock e Locks (2012) relatam que a forma com que esses pais são recebidos influenciará significativamente todo o período de hospitalização.

Nas narrativas, quando falavam de UTIN, os depoentes citaram muitas vezes os equipamentos usados. Além de atribuir o significado de “máquinas salvadoras”, também descreveram seu estranhamento, gerador de incômodo e desespero:

“Ver crianças ligadas aos aparelhos, é muito assustador, ainda mais quando fica vermelhinha e dá aqueles apitinhos chatos, aí bate o desespero, aí já olha pra cima pra ver o que que está acontecendo, se a oxigenação tá certa, se o batimento tá certo. Aí é de uma outra criança, às vezes é do meu filho” (Ágata)

Em muitos depoimentos também foi falado sobre a incubadora:

“Quando eu via ela dentro da incubadora eu não entendia, porque pra mim a incubadora era pra criança assim grave, intubada. E eu ficava assim: ‘não é possível, ela tá numa incubadora? Por quê?’ “(Diamante)

Além do desconhecimento da real função do equipamento, os depoentes relatam a dificuldade que a incubadora impõe para realização dos cuidados com a criança, causando muitas vezes um distanciamento físico entre os pais e o bebê:

“Vê-la dentro da incubadora, não poder tocar nela. Tocar só pelo, pela aquela janelinha. Não poder pegar, poder até pegar, mas com o enfermeiro: ‘olha: você tem um tempo pra pegar!’. Você não quer ter tempo pra pegar seu filho. Você não quer ter tempo pra dar peito a seu filho. Você quer simplesmente- ah, chorou? Você quer tirar e pegar. Então, você ouvir, ‘não, não pode ficar com ela muito tempo, cuidado com a cirurgia, olha você não pode fazer esse procedimento, esse procedimento tem que ser a gente porque tem que usar os materiais corretos’. Então você ouvir isso, com a criança com três dias de vida, é muito difícil, muito, muito, muito, assim, 30 vezes difícil” (Diamante)

Os depoimentos convergem com Santos et. al. (2017), quando menciona que dependendo do estado clínico do RN, a necessidade e/ou dependência de aparelhos e de outros recursos tecnológicos da UTIN podem limitar e/ou dificultar a interação entre mãe e RN, até mesmo, impedindo que o contato físico entre eles aconteça. Tal afastamento pode inibir ou atrasar, inclusive o processo de maternar.

Reis, Santos e Santos (2011), citando Winnicott, descrevem a maternagem como:

Atitude materna frente ao bebê, advinda inicialmente do estado psíquico chamado de “preocupação materna-primária”, na mãe biológica. Este estado faz com que a mãe seja capaz de reconhecer as necessidades da criança, buscando satisfazê-las através de um conjunto de cuidados. São necessidades do bebê: o holding (ato de segurar o bebê e contê-lo física e emocionalmente); o handling (cuidados de manuseio com o bebê) e ainda cuidados de “apresentação do objeto”, sendo o próprio cuidador um objeto que aguça a libido do bebê, satisfazendo suas necessidades.

Santos et al. (2017), relatam que a hospitalização do RN pode comprometer a maternagem, o que também foi identificado através das narrativas encontradas nesse estudo. Safira narra que:

“Você não quer deixar seu filho com outra pessoa. Você divide ele com outra pessoa, você não pode dar o primeiro banhozinho dele, trocar a primeira fraldinha, sentir o primeiro cheirinho. Tudo isso não foi eu que fiz na primeira vez. Foi médicos, pediatras, enfermeiros, tudo que fizeram, eu não tive essa sensação assim, na primeira vez de fazer as coisas com meu filho, foram outras pessoas que fizeram. E dá também um pouco de ciúmezinho da enfermeirinha, você tá dividindo o seu neném com ela, é como se elas fossem a mãe deles também” (Safira)

É comum a mãe ver a enfermeira como figura materna ideal. Assim, são notórios o ciúme e o ressentimento devido à substituição dos papéis de cuidadora, levando

a mãe a projetar hostilidade em relação à enfermeira. (SANTANA; MADEIRA, 2013)

Para Cartaxo et. al. (2014), a mãe estar com seu filho na UTIN e ver outras pessoas se apropriando dos cuidados ao RN, o qual deveriam ser dela, é algo desconfortante, que a faz sentir uma perda na sua função de maternagem, dificultando-a a reconhecer-se como mãe e até mesmo de reconhecer o filho como seu.

É através de atos como amamentar, pegar o filho no colo, tocar e sentir o cheiro da criança, assim como realizar cuidados comuns necessários aos RN, que se iniciam as relações formadoras do vínculo mãe-filho. (REIS, SANTOS e SANTOS, 2011)

O processo de maternagem envolve a sensibilidade da mãe em decodificar e compreender as necessidades da criança, estabelecendo uma rotina que favoreça seu crescimento, seu desenvolvimento e estabilidade emocional, e ofereça proteção contra os perigos externos. (SANTOS et. al. 2017)

Diante do exposto, a equipe de saúde deve assumir um papel de facilitador nos processos de formação de vínculo, inserindo, quando possível, as mães no processo de cuidar da criança. Ao incluir as mães, os profissionais de saúde contribuem muito para que elas vivenciem experiências positivas e prazerosas, colaborando para que se sintam verdadeiramente mães de seus filhos. (SANTOS et. al. 2017)

Safira, relembra o quanto foi grata ao colocar seu filho no colo:

Quando eu peguei ele no colo [...] ele olhou pra mim e deu um sorriso (choro), aquilo ali foi tão, eu chorava mas era de emoção, porque é uma coisa que você acha que, que seu filho não, sei lá, passava tanta coisa na minha cabeça. [...] Então, quando eu vi aquele sorrisinho dele pra mim parecia que eu estava renascendo de novo por inteira... então foi tão... não tenho explicação, a emoção, a felicidade que eu tive em ver meu filho rindo pra mim...(Safira)

Outro aspecto citado como difícil na UTIN foi ver a realização de procedimentos invasivos na criança. Os pais demonstraram reconhecer a importância dessas frequentes intervenções e procedimentos dolorosos realizados no RN, para a manutenção de sua vida e saúde, mas descreveram que presenciar tal momento é muito ruim:

“Ver ele sendo furado quando perde um acesso. Ver quando ele teve que colocar a sonda pra poder se alimentar [...] meio assustador. (Jade)

A presença familiar dentro da UTIN tem sido cada vez mais estimulada pelas políticas públicas de saúde da criança e deve ser promovida pela equipe de neonatologia, não limitando tempo, nem pré-determinando horários, favorecendo o acesso livre. No entanto, cabe ao profissional, um senso crítico, no qual antes de realizar qualquer procedimento na criança converse com o acompanhante,

explicando o que realizará e que ele tem a opção de ficar para presenciar ou não.

Diamante também fala da angústia em ver a dinâmica dentro da UTIN nos casos de intercorrências:

“Pra mim o difícil [...]ver crianças tendo que ficar intubadas, elas próprias se desintubando, ver a correria de médico, o desespero de médico batendo. Aparelho apitando, saturação caindo e ver todo mundo se mobilizando. E você acaba, fica pensando... ‘se fosse a minha filha?’ Poderia ser minha filha... será que acontece isso com ela de madrugada?” (Diamante)

Vale ressaltar que para as mães, é muito difícil ver o filho submetido a aparelhos e expostos a procedimentos dolorosos. Santos et. al. (2017) relembra que mediante tais vivências, as mães sentem-se incapazes e fragilizadas. Diante disso, é de extrema importância compreender que na UTIN, apesar de muitas mães conseguirem interagir com a criança por meio do toque, do contato pele a pele, já na primeira visita, algumas, devido ao seu nervosismo, estranhamento em relação ao ambiente e gravidade do quadro clínico da criança, conseguem apenas observar o RN. Assim, é fundamental que o profissional de saúde não realize pré julgamentos ou critique a conduta materna, mas se sensibilize com seus sentimentos, respeite suas limitações, ofereça apoio e utilize intervenções empáticas que favoreçam a criação e manutenção do vínculo.

Reconhecer que a família do RN hospitalizado também necessita de cuidados faz parte de um processo que implica em criar alternativas para atender as necessidades biológicas e psicossociais da criança. (DUARTE et. al. 2012)

Corroborando, Santos et. al. (2017) relatam que a falta de uma estrutura que proporcione um mínimo de conforto possível aos familiares, assim como um acolhimento deficiente na UTIN, aliados ao cansaço, ao estresse emocional e à falta de tempo para o cuidado de si mesmo; são situações que podem interferir negativamente na vida das famílias que acompanham RN hospitalizados, o que pode comprometer não só a saúde física como mental dessas pessoas. Diamante:

Eu passei do meu limite [...] ando estressada, irritada, acho que tudo... nível assim, emocional zero, não tenho mais. (Diamante)

Santos et. al (2017) descrevem que o cansaço físico e o estresse emocional são fatores que comprometem o bem-estar materno, resultando em dificuldade na realização de cuidados ao RN, operando negativamente no processo de maternagem.

Além do impacto causado pelos aparelhos e procedimentos, outras experiências vividas na UTIN, também foram descritas como negativas. Uma dessas experiências foi a forma com que alguns membros da equipe multiprofissional interagem com as famílias:

“A enfermeira é muito grossa [...] não sabe lidar, não sabe falar. A gente sabe que é um profissional excelente, até porque se não fosse não estaria aqui. A gente sabe que é uma pessoa super competente, um profissional excelente, mas não sabe se dirigir a palavra a um pai. De uma simples pergunta que você faz, entende da maneira que acha, responde da maneira que acha, vira as costas e acabou”. (Diamante)

“As enfermeiras na UTI neonatal, umas foram muito boas, umas ajudaram muito, outras às vezes aborrecia um pouco a gente né?! Até por questão de tratar, a gente tá com o psicológico abalado, né?! Os hormônios da gente despencando junto ali com as emoções, muitas vezes tem que pegar os caquinhos da gente e botar na lixeira ali e recomeçar de novo, cada dia era assim”. (Turmalina Rosa)

Diante dessas narrativas, vale ressaltar que os profissionais de saúde devem oferecer apoio às famílias no enfrentamento de dias difíceis na UTIN, por meio do cuidado humanizado, e não se tornarem mais um causador de estresse.

Santos et. al. (2017) relatam que a qualidade da assistência está associada tanto a tecnologia, quanto ao fator humano. A equipe de saúde precisa compreender que ambos têm importância na qualificação de seu desempenho profissional. Desta forma, deve haver um reconhecimento de que não são meros realizadores de cuidados técnicos ao paciente, mas um dos pilares do cuidado, no qual exercem um papel fundamental de facilitador de vivências diante de uma hospitalização, tanto para a criança, quanto para sua família, contribuindo para o processo de maternagem na UTIN.

A enfermagem neonatal deve possuir além das suas responsabilidades com o bebê, compromisso junto aos pais, e principalmente com a mãe. É necessário compreender a experiência vivenciada por essas mulheres, conversando de forma empática e atenta. É necessário as mães sentirem-se bem cuidadas, num local onde o foco está totalmente voltado para seu filho. O sentir-se bem, gera confiança, e é a partir dessa confiança que a mulheres superam seus medos em relação a UTIN e ao bebê, e sentem-se mais tranquilas (FRELLO; CARRARO, 2013).

Em concordância com a afirmativa acima, temos a fala de Diamante, quando relata sentimentos positivos em relação a equipe, ressaltando a importância de alguns profissionais. Essa mãe fala do olhar empático e intervenções que foram importantes pra ela nos dias em que não estava bem:

“tem enfermeira que quando eu não tô legal consegue perceber que eu não tô legal e fala: Não mãe deixa eu faço, vai respirar, pode descansar, deixa que eu fico com ela. Então, assim de uma certa forma conseguem ultrapassar a solidariedade, cada um da sua maneira. Cada um tem seu jeito, né? Conseguem expressar o sentimento sem precisar me dar um abraço, sem precisar me dar um beijo, sem as vezes precisar falar, só pelo gesto” [...] (Diamante)

Santos et. al (2017) colabora dizendo que a comunicação efetiva atua positivamente no período vivido na UTIN, porque é algo que contribui para reduzir

o estresse, a ansiedade e o sofrimento, especialmente, por permitir que as famílias compreendam a real situação dos RN. Ametista valoriza a forma maternal, além da técnica, deixando claro que o cuidado humanizado é fundamental:

“Gostei também da humanidade daqui do hospital, isso foi muito importante, é muito importante pra família, pra gente pai e mãe. Vocês foram muito especiais pra gente, até no ensinamento da vida assim, pra mim”. (Ametista)

A forma com que os relacionamentos interpessoais entre pais e equipe são vividos na UTIN impactam significativamente nas experiências. Vejamos a diferença nas narrativas abaixo, ao falar dos cuidados da equipe com a criança:

Na UTI eu passei muita raiva.[...] a minha filha assou entendeu?! [...] eu achei que não deveria ter assado, assim, achei que foi um pouco de falta de cuidado, assim, da pessoa que estava lá no dia, entendeu?! [...] (Topázio)

Em contrapartida, Cornalina diz:

Aí o contato com a UTI foi bom, eu não tenho o que reclamar, o pessoal me atendeu bem. As necessidades do (nome do filho) eu via que estava sendo supridas, o cuidado com tudo [...] me deixaram muito à vontade para amamentar. Me disseram que eu não podia ficar, aí eu fiquei na cadeirinha, aí apareceu outra enfermeira, que eu não recordo o nome agora, me deu uma cadeirinha maiorzinha e eu fiquei lá, eu não deixei meu filho. (Cornalina)

A UTIN é composta por diversas pessoas. De um lado profissionais que ali estão para exercer sua profissão e do outro familiares vivendo a hospitalização de um ente querido. Cada um com suas particularidades, convivem em um ambiente fechado, com presença de ruídos, aparatos tecnológicos e incertezas sobre a vida e a morte, ocasionando dificuldades na comunicação, na socialização e nas relações interpessoais. Frello; Carraro (2013), relatam que para qualquer ação de enfermagem ser desenvolvida com efetividade, é necessário uma boa relação.

Diante do exposto, vale ressaltar que cada profissional tem sua maneira peculiar de lidar com os sentimentos emergentes, com os demais profissionais com quem partilha este cenário e com às famílias. No qual, cada um com sua personalidade irá desempenhar funções diferenciadas em meio a situações de pressão e cobranças, como a UTIN. (SANTOS et. al. 2018)

Entende-se que nos serviços onde são realizados os cuidados de saúde, como na UTIN, devem existir espaços para uma educação continuada, onde temas como acolhimento da família e cuidado humanizado possam servir como pauta. A humanização pode se fazer presente em diversas maneiras de cuidar, mesmo nesse ambiente tão tecnológico e frio da unidade intensiva.

Nesse contexto, a tecnologia leve como sendo as tecnologias das relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão, como forma

de gerenciar os processos de trabalho, é tão importante quanto as tecnologias duras ou leve-duras. A tecnologia leve em UTIN possibilita o aprimoramento no cuidado de Enfermagem prestado ao RN, assim como aos seus pais, fortalecendo as relações entre profissionais e família. Gerando assim, condições que favorecem as relações interpessoais, possibilitando unir a tecnologia e o cuidado ético/humanizado. Os gestores das unidades devem ter um compromisso em criar espaços para reflexão, no qual os membros da equipe possam ouvir a importância do convívio harmônico, do diálogo, da manutenção de vínculos e a disposição em ouvir. (SANTOS et al. 2018)

Melhor do que falar é o saber ouvir. É somente dessa forma que conseguimos atender as necessidades das famílias e traçar intervenções necessárias, para minimizar o impacto desse ambiente inóspito, que é a UTIN.

7 | “O QUE IMPORTA PARA VOCÊ?”

Diante das narrativas, foi construído um Quadro para melhor compreensão das respostas à pergunta “O que importa para você?”. Foi realizado um destaque com descrição sumária do(a) familiar participante, a fim de que o leitor pudesse ter melhor compreensão do lugar de onde vem a voz de cada protagonista, entendendo que cada bebê foi considerado em sua particularidade/singularidade.

Participante	O que importa para você?
Diamante , é uma mãe de 30 anos, com personalidade forte, olheiras escuras, aparência cansada, mas feliz. No dia da entrevista faziam 44 dias que sua filha estava internada na unidade, após ter passado por três cirurgias e diversos procedimentos. Mesmo diante de todas as dificuldades relatadas, a mesma expressava um enorme sentimento de gratidão a Deus. Sua vida é permeada de esperança.	“Ser tratada com empatia pelos profissionais de saúde que atuam na UTIN” (Diamante)
Esmeralda , é uma mãe de 37 anos, com uma fé surpreendente, falava de Deus a todo instante. Alegre e confiante, permaneceu durante toda a entrevista com sorriso nos lábios. Pediu para participar da pesquisa junto ao seu esposo Ônix. No momento da entrevista sua filha estava na unidade intermediária e iria passar por mais uma cirurgia, naquele dia.	“Realização das cirurgias necessárias para a filha” (Esmeralda)
Ônix , um pai sério de 38 anos, ficou durante toda a entrevista de cabeça baixa, em nenhum momento olhou nos olhos da pesquisadora. Fez a entrevista ao lado de sua esposa Esmeralda. Naquele dia sua filha estava hospitalizada na unidade intermediária e iria passar por mais uma cirurgia. Durante a entrevista ele passava a mão constantemente na cabeça. Com um semblante preocupado, falou pouco, e só expressou face de alegria ao relatar como era legal quando a equipe deixava sua filha “arrumadinha”.	“Minha filha não ficar com fome e estar sempre enfeitadinha, com um lacinho na cabeça” (Ônix)

<p>Rubi, com 23 anos, é um pai jovem, de barba mal feita e cheiro forte de cigarro e de muita maturidade. Veio de outro Estado em busca de tratamento para o filho, com sua esposa de apenas 15 anos. Ele falou da família com muito carinho, e se emocionou bastante durante a entrevista, que foi realizada enquanto seu filho estava hospitalizado na unidade intermediária.</p>	<p>“O tratamento correr bem ao longo da internação” (Rubi)</p>
<p>Safira, é uma mãe jovem, de 18 anos, solteira, que não tem contato com o pai da criança, pela sua fala o mesmo não sabe da existência do filho. Em alguns momentos ela parecia não conhecer as particularidades da patologia do filho, mas ao longo da entrevista foi possível perceber que a mesma buscava uma fuga da realidade. Ao contar suas experiências desvelou uma ambiguidade de sentimentos, desde culpa até a esperança de um bom desenvolvimento da criança. Religiosa, falou em vários momentos da ação de Deus em sua vida. Sorridente, parecia desabafar ao narrar sua história, se emocionou várias vezes, principalmente ao falar de futuro.</p>	<p>“ter realizado a troca da primeira fralda e ter dado o primeiro banho” (Safira)</p>
<p>Turmalina Rosa, é uma mãe de 34 anos, cabisbaixa, com um olhar triste. Sorria levemente quando seu esposo Topázio, que participou junto a ela à pesquisa, fazia algumas brincadeiras. Ela permaneceu durante toda entrevista com sua filha no colo, de cabeça baixa.</p>	<p>“A equipe da UTIN respeitar minhas dificuldades físicas e emocionais no momento de hospitalização da minha filha” (Turmalina)</p>
<p>Topázio, um pai brincalhão e sorridente, tem 35 anos, participou da entrevista ao lado de sua esposa Turmalina Rosa, a pedido dela. Antes da entrevista começar estava descontraído, dizendo coisas para que sua esposa pudesse sorrir. Mas, ao iniciarmos a gravação seu semblante mudou, ele ficou sério, mais calado, aparentemente tenso, falou pouco. Durante sua narrativa falou de Deus, e o quanto é importante ajudar o próximo.</p>	<p>“Evitar assaduras na região genital da filha” (Topázio)</p>
<p>Jade, é uma mãe jovem, com 23 anos, solteira, tímida e envergonhada. Carinhosa, fala com muito amor sobre o bebê, disse ter alugado um apartamento próximo ao hospital para conseguir ficar mais tempo com a criança. Se emociona muito ao falar sobre o futuro. No dia da entrevista seu filho estava hospitalizado na unidade intermediária.</p>	<p>“Dar seio ao filho e ele não precisar mamar mamadeira” (Jade)</p>
<p>Cornalina, tem 30 anos, é uma mãe guerreira, mulher de fibra, nordestina, engraçada, sorridente, que sabe o que quer. Tem uma história de vida incrível, permeada de decepções e aprendizado. Caracterizo a resiliência como o significado de vida dessa mulher. Narrou toda sua história amamentando a criança.</p>	<p>“Confiar na equipe que estava cuidando do seu filho” (Cornalina)</p>
<p>Ágata, é uma mãe de 26 anos, de família humilde, com renda mensal menor que um salário mínimo. Calada, com um olhar triste, falou pouco durante a entrevista. O que chamou a atenção foi que, quando parei de gravar ela disse sentir várias coisas, mas que prefere guardar. Relatou ter uma limitação em desabafar, seja com qualquer pessoa. Ofereci um encaminhamento para o serviço de Psicologia, para ajudar nessa questão, mas ela se recusou.</p>	<p>“Poder estar junto com meu filho” (Ágata)</p>

<p>Ametista, um pai de 39 anos, sereno, carinhoso, disse que tenta segurar as emoções na frente da esposa. Disse que ele tem que ser ‘o porto seguro’, chora apenas escondido para não demonstrar fraqueza. Narrou sua história muito emocionado, disse que só se sente pai depois que vivenciou a experiência de ter um filho.</p>	<p>“Cuidado humanizado com a família” (Ametista)</p>
--	--

Quadro1. Descrição de participantes de acordo com a pergunta “O que importa para você?”.
Rio de Janeiro, 2019.

Percebemos a necessidade das famílias desenvolverem sentimentos de esperança frente à condição de um filho internado na UTI. “Confiança” e “respeito” traduzem essa necessidade.

Carvalho e Pereira (2017), descrevem que as famílias compreendem a UTIN como um ambiente gerador de sentimentos negativos, relacionado a separação entre o colo da mãe ou do pai e o bebê, fazendo com que sintam-se limitados na interação com o filho, devido aos equipamentos conectados a criança e a necessidade de cuidados especializados. Frente a esse ambiente altamente tecnológico, é primordial que a comunicação entre família e equipe de saúde seja eficiente, com vistas ao esclarecimento de dúvidas, à oferta de informações claras, verdadeiras e em linguagem adequada. Nesse processo, é importante que os profissionais de saúde tenham, em cada encontro com o familiar, intencionalidade e consciência em suas ações, além de respeito e empatia, estreitando as relações, gerando confiança. (NODA et. al. 2018)

Outrossim, o apego a uma religião e à Deus como uma forma de suportar os sentimentos adversos, também vieram nas falas.

Segundo Foch, Silva e Enumo (2016), existem diversas formas de lidar com o estresse, a religião e a espiritualidade são formas comuns usadas por pais nesse enfrentamento. O enfrentamento é entendido como um processo, com seus eventos antecedentes e suas consequências, podendo ser adaptativas ou mal adaptativas. Para facilitar o enfrentamento adaptativo, é importante não apenas dar atenção aos familiares por parte dos profissionais, mas também planejar o acesso do suporte religioso-espiritual que estes necessitam. Vale ressaltar, que este suporte religioso não deve ser topograficamente definido, mas funcionalmente analisado, uma vez que as crenças religiosas e espirituais são individualizadas.

No estudo feito por Santos e Bousso (2006), os familiares descreveram recursos interiores, com ações de rezar, pensar em uma força maior e procurar manter-se otimista, como estratégias para se manterem fortes durante a vivência da hospitalização do filho na UTIN.

O que importa para esses pais, parece muito pouco. “Poder estar junto”; prevenir assaduras, poder amamentar, “enfeitar” são ações que, no cotidiano, representam

muito pouco para as equipes poderem conferir um alto grau de satisfação àqueles que recebem os cuidados em saúde.

Lembrando que todas essas ações, são pequenos atos de empatia, que transbordam para além do cuidado biológico da cura e recuperação de doenças. Mas que podem fazer toda a diferença na escuta das vozes desses atores.

Em suma, o uso de tecnologias leves de cuidado no processo de trabalho de uma UTIN importa e não pode ser considerado menor que uma tecnologia dura ou leve-dura. É nesse conjugado de tecnologias, onde se dá o maior desempenho humano do cuidar em saúde-o cuidado com a vida, no mais pleno sentido da palavra.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu apreender que as vivências dos pais de bebês na UTIN estão entrelaçadas a sua história pregressa, diante dos aspectos envolvidos ao enfrentamento de uma condição de vida inesperada. Os pais passam por diversos desafios, sendo, um dos principais, a convivência com uma rotina desgastante, em um espaço permeado de tecnologias assustadoras, onde, cada dia é cheio de sentimentos, nem sempre positivos. ,

A separação entre pais e bebês pela necessidade de permanência na UTIN, pode gerar afastamento físico pelo medo de vivenciar um ambiente repleto de tecnologias duras, como fios, ruídos, aparatos tecnológicos, incertezas e falha de acolhimento por parte de alguns profissionais de saúde, o que dificulta os laços de aproximação e prejudica o processo de maternagem.

É necessário ouvir as vozes dos sujeitos sociais que vivenciam a hospitalização do filho na UTIN, e oferecer um acolhimento desde a primeira visita, identificando suas preferências, oferecendo um cuidado respeitoso, singular, com comunicação efetiva.

O estabelecimento de uma boa comunicação entre profissionais e familiares contribuiu para uma reorganização diante da nova condição de vida e ajuda na participação mais ativa no compartilhamento de decisões. A comunicação entre profissionais e famílias, mediada pela pergunta “O que importa para você?” contribui para implementação de um plano terapêutico mais focado nas reais necessidades expressas pelos pais e, conseqüentemente, para desfechos mais favoráveis nas relações pais-filho.

Este estudo teve por limitação a realização em um único serviço de saúde, não podendo, assim, ser possível generalizar esta realidade. Entretanto, demonstrou que o uso da pergunta “O que importa para você?” é perfeitamente aplicável em unidades neonatais, permitindo uma aproximação entre profissionais e usuários, facilitando a escuta às necessidades das famílias ali atendidas. Neste sentido, pode

se tornar uma ferramenta para facilitação da confecção de planos terapêuticos e melhoria da qualidade do cuidado em unidades neonatais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Q.; FOFANO, G. A. **Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura.** HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out. 2016.
- ARAUJO, G.F. **O cuidado materno à crianças com mielomeningocele; contribuição para a prática de enfermagem.** Tese de doutorado em Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.
- CARTAXO, L.S.; TORQUATO, J.A.; AGRA, G.; FERNANDES, M.A.; PLATEL, I.C.S.; FREIRE, M.E.M. **Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, jul/ago; 22(4):551-7, 2014.
- CARVALHO, L.S.; PEREIRA, C.M.C. **As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal.** Rev. SBPH vol.20 no.2 Rio de Janeiro dez. 2017
- CORRÊA A.R.; ANDRADE, A.C.; MANZO, B.F.; COUTO, D.L.; DUARTE, E.D. **As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal.** Esc Anna Nery;19(4):629-634, 2015.
- COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M.O.H. **Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem.** Rev enferm UERJ, 2012.
- DIAS, R.A.B.; ALMEIDA, M.F.P.V.; ARAUJO, G.F. **O recém-nascido portador de mielomeningocele: A construção do vínculo mãe-bebê.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. V.7, n 1, p.17-24. São Paulo, 2007.
- DUARTE, E.D.; SENA, R.R.; TAVARES T.S.; LOPES, A.F.C.; SILVA, P.M. **A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios na construção da integralidade.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 21(4): 870-8, 20125.
- FIALHO, A.F.; DIAS, I.M.A.V.; SILVA, L.R.; SANTOS, R.S.; SALVADOR, M. **Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-32, jan./mar., 2015.
- FOCH, G.F.L. SILVA, A.M.B. ENUMO, S. R. F. **Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013).** Arq. bras. psicol. vol.69 no.2 Rio de Janeiro, 20176.
- FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. **Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev Brasileira de Enfermagem, 20123.
- HENNING, M.A.; GOMES, M.A.S.M.; MORSCH, D.S. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [3]: 835-852, 2010.
- LIMA, A.A.; JESUS, D.S.; SILVA, T.L. **Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde.** Tema livre, Physis. 28 (03) 20 Dez, 2018.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** 21ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro. Editora Vozes, 2002.

MIRANDA, A.M.; CUNHA, D.I.B.; GOMES, S.M.F. **A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa.** Revista Mineira de Enfermagem, 2010.

NETO, J.A.S.; REGO, B.M.; RODRIGUES, B.M.R. **Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Abr-Jun; 19(2): 372-7, 2010.

NODA, L.M.; ALVES, M.V.M.F.; GONÇALVES, M.F.; SILVA, F.S.; FUSCO, S.F.B.; AVILA, M.A.G. **A humanização em unidade de terapia intensiva neonatal sob a ótica dos pais.** Rev Min Enferm. 2018;22:e-1078 DOI: 10.5935/1415-2762.20180008, 2018.

OLIVEIRA, D.C. **Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4):569-76, 2008.

REIS, A.T.; SANTOS, R.S.; SANTOS, I.M.M. **Avaliação da produção bibliográfica sobre maternagem à criança portadora de malformação congênita.** R. pesq.: cuid. fundam. online. jan/mar. 3(1):1594-01, 2008.

ROLIM, K.M.C.; SANTIAGO, N.R.; VIEIRA, T.L.; SANCHO, M.C.; FROTA, M. A.; BOULARD, H.; NEVEAU, P. **Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev. Enferm. Foco; 7 (1): 42-46, 2016.

SANTANA, E.F.M.; MADEIRA, L.M. **A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial** R. Enferm. Cent. O. Min. jan/abr; 3(1):475-487, 2013.

SANTOS, F.M.G.; BOUSSO, R.S. **O suporte social identificado pelo pai que vivencia a internação do recém-nascido e da mulher na unidade de terapia intensiva.** REME – Rev. Min. Enf.;10(4):344-348, out./dez, 2006.

SANTOS, L.F.; SOUZA, I.A.; MUTTI, C.F.; SANTOS, S.S.; OLIVEIRA, L.M.A.C. **Forças que interferem na maternagem na unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev. Texto Contexto Enferm; 26(3):e1260016, 2017.

SANTOS, M.N.; ROLIM, K.M.C.; ALBUQUERQUE, M.F.; PINHEIRO, C.W.; MAGALHÃES, F.J.; FERNANDES, H.I.V.M.; ALBUQUERQUE, F.H. **Relação familiar na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa.** Enferm. Foco; 9 (1): 54-60, 2018.

SANTOS, Z.M.S. A.; FROTA, M.A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário de cuidado.** Ed. UECE. 1a Edição Fortaleza – CE, 2016.

SCHMIDT, K.; SASSÁ, A.H.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I.H.; MARCON S.S. **A Primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais.** Esc Anna Nery (impr.) jan-mar; 16 (1): 73- 81. 2012.

O SENTIDO E O APRENDIDO POR ESTUDANTES DE ENFERMAGEM DURANTE EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS SIMULADAS

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 27/12/2019

José Victor Soares da Silva

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de
Medicina e Enfermagem
Viçosa – MG

[https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/
PKG_MENU.menu?f_
cod=8864D0ABE02C20899EE0508DFD4471B0](https://wwws.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=8864D0ABE02C20899EE0508DFD4471B0)

Cristiane Chaves de Souza

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de
Medicina e Enfermagem
Viçosa – MG

<http://lattes.cnpq.br/3782491258656725>

Patrícia de Oliveira Salgado

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de
Medicina e Enfermagem
Viçosa – MG

<http://lattes.cnpq.br/5319119512846690>

Luana Vieira Toledo

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de
Medicina e Enfermagem
Viçosa – MG

<http://lattes.cnpq.br/9581178318829545>

Érica Toledo de Mendonça

Universidade Federal de Viçosa, Departamento de
Medicina e Enfermagem
Viçosa – MG

<http://lattes.cnpq.br/8544279062722921>

Willians Guilherme dos Santos

Hospital das Clínicas, UTI, Universidade Federal
do Paraná
Curitiba – PR

<http://lattes.cnpq.br/3576133450277452>

RESUMO: Objetivo: identificar os sentimentos e aprendizados vivenciados por estudantes de enfermagem durante atividades simuladas na disciplina de semiologia. **Método:** estudo descritivo de natureza quantitativa, realizado com 40 estudantes de Enfermagem de uma universidade pública federal brasileira entre março e junho de 2017. A simulação foi adotada no ensino da disciplina de semiologia. Os sentimentos e aprendizados vivenciados foram identificados a partir da análise das falas dos alunos durante os estágios emocional e conclusivo do *debriefing* e, posteriormente, analisados no programa estatístico *SPSS* versão 21.0, utilizando estatística descritiva. **Resultados:** no estágio emocional, identificaram-se 21 diferentes sentimentos, sendo o mais comum o nervosismo. No estágio conclusivo, o principal aprendizado foi o de estar preparado para o exame clínico. **Conclusão:** emergiram sentimentos negativos e positivos com as atividades simuladas. Os sentimentos negativos do estágio emocional foram superados por sentimentos positivos apresentados no estágio conclusivo. Estimular a expressão dos sentimentos negativos e o reconhecimento das

potencialidades do aluno é essencial para a construção do aprendizado na simulação.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, educação em enfermagem, treinamento por simulação.

THE SENSE AND LEARNING OF NURSING STUDENTS DURING SIMULATED CLINICAL EXPERIENCES

ABSTRACT: Objective: to identify the feelings and learning experienced by nursing students during simulated activities in the discipline of semiology. **Method:** descriptive study of quantitative nature, conducted with 40 nursing students from a Brazilian federal public university between March and June 2017. The simulation was adopted in the teaching of the discipline of semiology. The feelings and learning experiences were identified from the students' speech analysis during the emotional and conclusive stages of debriefing and, later, analyzed using the SPSS version 21.0 statistical program, using descriptive statistics. **Results:** in the emotional stage, 21 different feelings were identified, the most common was nervousness. In the concluding stage, the main appendendum was to be prepared for the clinical examination. **Conclusion:** negative and positive feelings emerged with the simulated activities. Negative feelings from the emotional stage were overcome by positive feelings presented at the concluding stage. Stimulating the expression of negative feelings and the recognition of the student's potentialities is essential for the construction of learning in simulation.

KEYWORDS: nursing, nursing education, simulation training.

1 | INTRODUÇÃO

Na Enfermagem, o uso da simulação tem sido incorporado como metodologia de ensino, uma vez que proporciona o desenvolvimento de habilidades teórico-práticas, conhecimentos psicomotores clínicos, trabalho em equipe, comunicação interdisciplinar e pensamento crítico para a tomada de decisões (BOOSTEL et al., 2018; AEBERSOLD et al., 2012; HALL; TORI, 2017; KELLY et al., 2016). Também propicia o desenvolvimento de competências cognitivas e metacognitivas para o ensino em Enfermagem, como: construção de experiências baseadas em processos reflexivos; construção do pensamento e raciocínio crítico-reflexivo; contribuição na construção de uma postura profissional mais confiante e satisfatória; e envolvimento de experiências emocionais (TEIXEIRA et al., 2015; MIRANDA et al., 2018).

Para o alcance destas competências é fundamental que a atividade simulada contemple em suas etapas um momento de análise, que possibilite a reflexão do aprendiz após a experiência clínica simulada, e a consolidação dos conhecimentos adquiridos, bem como a expressão dos sentimentos experimentados com a atividade simulada, o que pode ser feito no *debriefing* (TEIXEIRA et al., 2015)

O *debriefing* é a etapa da simulação que permite o desenvolvimento do raciocínio,

juízo clínico-reflexivo e da metacognição, permitindo que os alunos revisem e tenham a oportunidade de (re) examinar o cenário, integrando sua experiência à aprendizagem (HALL; TORI, 2017; KO; CHOI, 2017; GIBBS, 1988). Este momento é direcionado pelo docente que acompanhou o cenário simulado, encorajando os alunos a refletirem suas habilidades e estimulando-os a reconhecerem suas fragilidades e potencialidades (SEBOLD et al., 2017).

Para que o *debriefing* alcance o objetivo de consolidação do aprendizado adquirido na atividade simulada, é fundamental que seja realizado de maneira estruturada. Isso é importante para que o aprendiz percorra as seguintes etapas de construção do conhecimento: descrição do caso atendido, externalização dos sentimentos vivenciados com a atividade simulada, avaliação, análise e conclusão dos conhecimentos mobilizados e adquiridos com a execução do cenário, e identificação do que precisa ser aprimorado em termos de habilidades, conhecimentos e atitudes para um novo atendimento (GIBBS, 1988).

A descrição dos sentimentos vivenciados pelos estudantes com a atividade simulada é uma das primeiras etapas do *debriefing* (GIBBS, 1988). Estudo realizado no Brasil com objetivo de demonstrar a importância das emoções na aprendizagem sob a ótica da neuropsicopedagogia, retrata que as emoções e sentimentos direcionam o processo de ensino-aprendizagem através da vivência de experiências positivas e negativas, elevando o nível de satisfação e motivação, a fim de alcançar os objetivos da simulação (FONSECA, 2014).

Assim, percebe-se que a etapa de descrição dos sentimentos vivenciados pelos alunos é importante para que o processo de aprendizado seja significativo. Diante do exposto, pode-se inferir que a exposição e compreensão dos sentimentos vivenciados pelos alunos com a atividade simulada, e a extração dos aprendizados alcançados durante o *debriefing* são importantes para a construção do conhecimento e o alcance dos objetivos da atividade simulada.

Neste contexto, conhecer os sentimentos que aprendizes vivenciam durante atividades clínicas simuladas é importante para que o facilitador se capacite para conduzir bem a etapa do *debriefing*, permitindo assim que o aluno avance para as etapas de análise e consolidação do conhecimento adquirido. Dessa forma, delineou-se este estudo que tem como objetivo identificar os sentimentos e aprendizados vivenciados por estudantes de enfermagem durante atividades simuladas na disciplina de semiologia.

2 | MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo de natureza quantitativa, realizado com estudantes de Enfermagem de uma universidade pública federal brasileira. A população do

estudo foi composta por 45 estudantes do terceiro período do curso de Enfermagem da universidade em estudo, matriculados na disciplina de semiologia. Foram incluídos os alunos que concordaram em participar do estudo, e que estiveram presentes no laboratório durante toda a execução do cenário simulado. Foram excluídos os alunos que possuíam experiência prévia no atendimento a pacientes na prática clínica. Todos os alunos matriculados na disciplina atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Entretanto, devido as perdas amostrais por erro técnico com a gravação dos dados, a amostra final foi composta por 40 estudantes.

O método de ensino utilizado na disciplina seguiu os seguintes passos: disponibilização prévia para o aluno do material de leitura obrigatória anteriormente à aula teórica; exposição dialogada sobre os conceitos teóricos necessários ao desenvolvimento de cada habilidade de enfermagem; demonstração prática pelo professor dos procedimentos de Enfermagem em manequins simuladores ou em atores (quando não se tratava de procedimento invasivo); construção prévia do guia curricular, contendo o roteiro para a execução do cenário simulado de cada habilidade ensinada, bem como do *check list* de avaliação do aluno; preparação do ambiente simulado e treinamento dos atores, quando pertinente; desenvolvimento do cenário simulado ao qual chamamos de “oficinas simuladas”; e *Defriefing*.

As oficinas simuladas eram realizadas semanalmente, e foram adotadas como metodologia de ensino em todos os conteúdos ministrados. O *debriefing* foi desenvolvido seguindo os estágios: 1: emocional, para identificar os sentimentos vivenciados pelo aluno durante a atividade de simulação; 2: descritivo, para avaliação da compreensão do aluno acerca da situação clínica vivenciada; 3: avaliativo, para instigar a auto avaliação do aluno e expressão das ações positivas que realizou no cenário; 4: analítico, para instigar a auto avaliação do aluno e expressão do que faria de diferente se tivesse outra oportunidade; 5: conclusivo, para que o aluno expressasse o que levou de aprendizado da experiência simulada para a prática clínica futura (GIBBS, 1988). Para padronizar o método de condução do *debriefing*, todos os professores seguiram o mesmo roteiro. Ao término da primeira oficina simulada, era realizada a coleta dos dados, por meio da gravação utilizando gravador de voz do *debriefing*. Esta era realizada com a participação somente do professor e o aluno que realizou a simulação, em ambiente privativo.

Para identificar os sentimentos vivenciados pelo estudante durante o estágio emocional, foi utilizada a seguinte questão norteadora: “Como você se sentiu atendendo este paciente?”. Para identificar os sentimentos vivenciados e o aprendizado alcançado na percepção dos alunos no estágio conclusivo, utilizou-se a seguinte questão norteadora: “O que você leva de aprendizado para sua prática clínica futura?”. Procedeu-se à transcrição dos dados para extração dos sentimentos vivenciados pelos alunos nos estágios emocional e conclusivo, e o aprendizado

alcançado na percepção dos alunos. As transcrições foram identificadas por códigos que representavam cada uma das oficinas realizadas, seguido do código numérico atribuído a cada questão que avaliava os estágios do *debriefing* (1 a 5), sendo que as questões 1 e 5 representavam os estágios emocional e conclusivo do *debriefing*, respectivamente. Na análise das falas, foram extraídas e computadas as palavras que indicavam os sentimentos vivenciados e o aprendizado alcançado durante as atividades clínicas simuladas nos estágios emocional e conclusivo do *debriefing*.

Os dados foram extraídos a partir das transcrições na íntegra e, posteriormente, analisados no programa estatístico *SPSS* versão 21.0, utilizando estatística descritiva com análise de frequência simples e percentual.

Este estudo cumpriu com os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Parecer ETIC N° 1.955.983).

3 | RESULTADOS

A estatística descritiva possibilitou analisar, a partir da transcrição das falas dos alunos, os sentimentos vivenciados e o aprendizado alcançado com as atividades clínicas simuladas. A Tabela 1 apresenta os sentimentos vivenciados pelos alunos com a atividade simulada durante o estágio emocional do *debriefing*.

Sentimentos experienciados com a atividade simulada	Frequência (n)	Percentual (%)
Nervosismo	19	27,1
Sentir-se bem	10	14,3
Segurança	7	10,0
Insegurança	7	10,0
Tranquilidade	4	5,7
Indiferença	2	2,9
Medo	2	2,9
Prazer	2	2,9
Desconforto	2	2,9
Pavor	2	2,9
Desespero	2	2,9
Despreparo	2	2,9
Construtivo	1	1,4
Indecisão	1	1,4
Gratidão	1	1,4
Preocupação	1	1,4
Ansiedade	1	1,4
Confusão	1	1,4
Empolgação	1	1,4
Incapacidade	1	1,4
Curiosidade	1	1,4

Tabela 1 - Sentimentos vivenciados pelos alunos com as atividades clínicas simuladas, identificados durante o estágio emocional do *debriefing*. Viçosa (MG), Brasil, 2018.

Foram identificados 21 diferentes sentimentos vivenciados pelos alunos durante o estágio emocional do *debriefing*, sendo o nervosismo o sentimento citado com maior frequência (Tabela 1). Observa-se que, dos 21 sentimentos identificados, oito (38,5%) referenciam-se a sentimentos positivos relacionados à experiência clínica simulada, como exemplo: sentir-se bem, segurança, tranquilidade, prazer, gratidão, empolgação e curiosidade, e 13 (61,5%) referenciam-se a sentimentos negativos, como exemplo: nervosismo, insegurança, indiferença, medo, desconforto, pavor, desespero, despreparo, indecisão, preocupação, ansiedade, confusão e incapacidade, com a atividade simulada. Cabe ressaltar que houve alunos que relataram mais de um sentimento.

A Tabela 2 apresenta sentimentos vivenciados e a percepção sobre o aprendizado alcançado com a atividade simulada pelos alunos durante o estágio conclusivo do *debriefing*.

Sentimentos experienciados com a atividade simulada	Frequência (n)	Percentual (%)
Preparo para o exame clínico	16	33,3
Autoconfiança	8	16,7
Controle do nervosismo	7	14,6
Autoconscientização da necessidade do estudo	6	12,5
Ter mais atenção durante anamnese e exame físico	6	12,5
Aprendizado a partir do erro	4	8,3
Aumento do meu conhecimento	1	2,1

Tabela 2 - Sentimentos vivenciados e aprendizado alcançado na percepção de alunos que vivenciaram atividades clínicas simuladas, identificados no estágio conclusivo do *debriefing*. Viçosa (MG), Brasil, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa

Foram identificados sete diferentes sentimentos e aprendizados experienciados pelos alunos durante o estágio conclusivo do *debriefing*, sendo os mais frequentes: preparo para o exame clínico (16 – 33,3%), autoconfiança (8 – 16,7%) e controle do nervosismo (7 – 14,6%). Cabe ressaltar que houve alunos que relataram mais de um sentimento.

4 | DISCUSSÃO

Este estudo avaliou os sentimentos e aprendizado vivenciados por estudantes

de Enfermagem com experiências clínicas simuladas no ensino da disciplina de semiologia. No estágio emocional, percebeu-se que a maioria dos sentimentos relatados pelos estudantes eram sentimentos negativos, dentre os quais se destacam o nervosismo.

As experiências negativas, situações desafiadoras e os exercícios de aprendizagem quando ameaçam emocionalmente o aluno, bloqueiam a capacidade de comprometimento da função mental em adaptar-se ao processo de aprendizagem (FONSECA, 2014). Assim, destaca-se que é fundamental trabalhar os sentimentos negativos vivenciados com experiências clínicas simuladas para um bom aprendizado.

Os sentimentos e as emoções podem influenciar ou determinar os resultados do processo final do ensino aprendizagem, pois refletem diretamente nos níveis de motivação e comprometimento durante a execução de uma atividade simulada (SILVA, 2017). Quando o aluno se torna protagonista de sua aprendizagem, ele pode vivenciar sentimentos negativos, porque nem sempre conseguirá relacionar ou mobilizar os conteúdos teóricos à aplicabilidade clínica (OLIVEIRA et al., 2015). É importante ressaltar que o docente é responsável por gerir, criar e planejar um ambiente favorável que forneça condições emocionais e afetivas para aprendizagem (FONSECA, 2014).

Reforça-se que, sentimentos negativos que emergiram durante a simulação não trabalhados pelo docente no *debriefing*, podem provocar um bloqueio na aprendizagem do participante, constituindo assim um elemento desmotivador e redutor dos níveis de comprometimento do aluno com a aprendizagem, e com a atividade simulada. Assim, salienta-se que a correta mediação e o adequado direcionamento durante as etapas do *debriefing* pelo docente são importantes para a construção de um processo educativo que tenha como finalidade a redução dos sentimentos negativos e a potencialização dos sentimentos positivos, sendo capazes de reverter o quadro de desmotivação (SILVA, 2017).

Neste sentido, destaca-se a necessidade de o cenário simulado ser seguido de um *debriefing* estruturado, que permita ao aluno, logo no início desta etapa, expressar os sentimentos vivenciados durante a simulação. Caso não ocorra de maneira estruturada, os problemas mais comuns que podem acontecer em um *debriefing* são: discussão superficial sobre o cenário, com conclusões prematuras dos aspectos a serem melhorados sem reflexão ou análise adequadas; caso a experiência simulada tenha sido muito impactante, corre-se o risco de a discussão permanecer somente na fase descritiva ou na descrição dos sentimentos vivenciados; se a descrição dos sentimentos não for tratada adequadamente, os alunos podem, nas etapas subsequentes, retomar a discussão deste item, comprometendo assim as etapas de análise e consolidação do conhecimento (GIBBS, 1988). O *debriefing* estruturado contribui para o desenvolvimento do raciocínio, julgamento clínico-reflexivo e da

metacognição, permitindo ao aluno unir sua experiência à aprendizagem.

Neste estudo, no estágio conclusivo do *debriefing*, pôde-se perceber que os sentimentos negativos foram minimizados, e emergiram sentimentos e relatos de aprendizados alcançados como estar preparado para o exame clínico, autoconfiança e conscientização da necessidade de controlar o nervosismo. Estes achados também foram encontrados em estudos semelhantes (TEIXEIRA et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; NEGRI et al., 2017).

Estudo realizado com estudantes de Enfermagem no Brasil com o objetivo de descrever, através do *debriefing*, quais as contribuições da simulação clínica para aprendizagem de atributos cognitivos e procedimentais, encontrou que os principais sentimentos relatados pelos estudantes após vivenciarem uma atividade simulada foram a satisfação, autoconfiança, conhecimento, diminuição do nível de ansiedade, conforto, motivação, capacidade de reflexão e de pensamento crítico (TEIXEIRA et al., 2015). Do mesmo modo, uma revisão integrativa da literatura realizada pelo método do Instituto Joanna Briggs com o objetivo de identificar na literatura quais os ganhos percebidos pelos estudantes e profissionais da área de saúde, utilizando-se da simulação clínica realizada com recursos da dramatização, também encontrou que os principais sentimentos, foram: controle do nervosismo, da ansiedade, preparação para realização de procedimentos e técnicas, segurança e tranquilidade (NEGRI et al., 2017).

Corroborando com os resultados deste estudo, pesquisa conduzida no Brasil com objetivo de compreender como a simulação clínica com uso de atores contribui na aprendizagem experiencial da consulta de Enfermagem, encontrou que os principais sentimentos relatados pelos estudantes após vivenciarem a atividade simulada foram autoconfiança, segurança, liderança, satisfação, controle do medo, controle do nervosismo, controle da ansiedade, tranquilidade e preparação das habilidades técnicas e teórica (OLIVEIRA et al., 2015).

De modo semelhante, outra pesquisa brasileira avaliou os fatores emocionais na assistência ao paciente durante cenários clínicos de complexidade variável, através da análise facial. Os cenários envolviam a comunicação entre aluno e paciente para avaliação da queixa, exame clínico, reação frente a episódios de vômito, intervenções de enfermagem e reavaliação. Diante deste cenário, os participantes apresentaram sentimentos positivos, negativos e neutros, como felicidade, medo, neutralidade, braveza, surpresa e tristeza (MANO et al., 2019).

Ainda corroborando com este estudo, pesquisa qualitativa realizada no Brasil, investigou o uso da simulação realística como método de ensino entre estudantes de Enfermagem a partir das falas do *debriefing*, extraídas de um ensaio clínico. Os participantes relataram que o uso da simulação como metodologia de ensino possibilita um melhor preparo e segurança técnica e emocional ao lidar com

experiências no campo prático, por permitir a demonstração de sentimentos negativos como nervosismo e o medo durante as atividades simuladas, oportunizando assim estratégias de enfrentamento destes sentimentos antes da inserção na prática clínica. Além disso, a simulação permite a fixação dos conhecimentos técnico-científicos, a autocrítica e a identificação de fatores intrínsecos de cada indivíduo que possa ter afetado o seu desempenho (SOUZA et al., 2017).

Diante do exposto, percebe-se que, embora o nervosismo tenha sido o principal sentimento negativo vivenciado pelos estudantes deste estudo durante a atividade simulada na etapa emocional do *debriefing*, na etapa conclusiva, muitos estudantes afirmaram que se sentiam preparados para a realização do exame clínico e, autoconfiantes. O desenvolvimento da autoconfiança é uma variável indispensável na formação profissional do enfermeiro. Profissionais autoconfiantes conseguem unir os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante a formação, e possuem maiores probabilidades de êxito na tomada de decisão no contexto clínico e de juízo crítico-clínico-reflexivo, para a correta intervenção (MARTINS et al., 2014).

Estes achados apontam para o benefício do uso da metodologia da simulação no ensino de semiologia em Enfermagem, e indica que os docentes souberam conduzir bem os sentimentos negativos vivenciados pelos alunos durante a atividade simulada na amostra estudada. Neste contexto, destaca-se ainda que a familiarização do participante ao cenário clínico simulado, em ambiente em que ele se sinta seguro e confortável, contribui para a superação dos sentimentos negativos (TEIXEIRA et al., 2015; NEGRI et al., 2017)

O estudo limita-se ao pequeno número amostral, e ao desenho descritivo, por não permitir a compreensão mais detalhada dos motivos que geraram os sentimentos negativos vivenciados pelos alunos durante a atividade simulada. Destaca-se ainda a dificuldade de se discutir os resultados, devido à escassez de literatura sobre o assunto, especialmente na Enfermagem. Não obstante, ressalta-se a sua importância, uma vez que compreender os sentimentos vivenciados e o aprendizado alcançado na visão de alunos que participaram de atividades simuladas é imprescindível para uma boa condução do *debriefing*, e para a consolidação do aprendizado, foco central de toda a simulação.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo avaliou os sentimentos vivenciados e o aprendizado alcançado na percepção de estudantes de Enfermagem com atividades clínicas simuladas no ensino da disciplina de semiologia durante os estágios emocional e conclusivo do *debriefing*. No estágio emocional, foram citados 21 diferentes sentimentos, sendo os mais frequentes o nervosismo, sentir-se bem, segurança e insegurança. No estágio

conclusivo, os principais sentimentos e aprendizados relatados foram: preparo para o exame clínico, autoconfiança e controle do nervosismo.

Pôde-se perceber que os sentimentos negativos citados no estágio emocional do *debriefing* puderam ser superados por sentimentos como autoconfiança, controle do nervosismo, e preparo para o exame clínico, citados pelos alunos no estágio conclusivo. Reforça-se que a condução do *debriefing* pelo professor deve ter como foco a verbalização dos sentimentos negativos, e a potencialização dos sentimentos positivos, de modo a restabelecer a motivação e o comprometimento do aluno no processo de aprendizagem.

Por fim, recomenda-se que estudos direcionados a compreender os sentimentos vivenciados pelos alunos durante a atividade clínica simulada sejam realizados, uma vez que a compreensão desses sentimentos é importante para o processo de aprendizado do aluno. Recomenda-se também que, durante as práticas de simulação, os docentes se atentem para os sentimentos vivenciados e externalizados pelos alunos durante o *debriefing*, de modo a potencializar os sentimentos positivos, e a superação dos sentimentos negativos para que o aluno consiga avançar para as etapas mentais de avanço e consolidação do conhecimento adquirido.

REFERÊNCIAS

AEBERSOLD, M.; TSCHANNEN, D.; BATHISH, M. **Innovative Simulation Strategies in Education**. *Nursing Research and Practice*, v. 2012, p. 1–7, 2012. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/765212/>

BOOSTEL, R. *et al.* **Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial**. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 71, n. 3, p. 1029–1037, 2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000300967&lng=en&tlng=en

FONSECA, V. **Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica**. *Rev. Psicopedag.*, v. 33, n. 102, p. 365–384, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000300014

GIBBS, G. **Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods**. [s.l.] OCSLD, 1988. Available from: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>

HALL, K.; TORI, K. **Best Practice Recommendations for Debriefing in Simulation-Based Education for Australian Undergraduate Nursing Students: An Integrative Review**. *Clin. Simul. Nurs.*, v. 13, n. 1, p. 39–50, 2017. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876139916301530>

KELLY, M. A. *et al.* **Simulation in Nursing Education-International Perspectives and Contemporary Scope of Practice**. *J. Nurs. Scholarsh.*, v. 48, n. 3, p. 312–321, 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27061858>

KO, S. J.; CHOI, E. H. **Effect of team debriefing in simulation-based cardiac arrest emergency nursing education**. *J. Korean Acad. Nurs.*, v. 29, n. 6, p. 667–676, 2017. Available from: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.7475/kjan.2017.29.6.667&code=1094KJAN&vmode=FULL>

MANO, L. Y. et al. **Using emotion recognition to assess simulation-based learning.** Nurse Educ. Pract., v. 36, n. March 2017, p. 13–19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.02.017>

MARTINS, J. C. A. *et al.* **Self-confidence for emergency intervention: adaptation and cultural validation of the Self-confidence Scale in nursing students.** Rev. Lat-Am. Enferm., v. 22, n. 4, p. 554–561, 2014 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400554

MIRANDA, F. B. G.; MAZZO, A.; JUNIOR, G. A. P. **Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: Revisão da literatura.** Sci. Med., v. 28, n. 1, p. 1–9, 2018. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-878670>

NEGRI, E. C. *et al.* **Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals.** Rev. Lat-Am. Enferm., v. 25, n. 0, 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100604

OLIVEIRA, S. N. et al. **Experiential learning in nursing consultation education via clinical simulation with actors: Action research.** Nurse Educ. Today, v. 35, n. 2, p. e50–e54, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.016>

SEBOLD, F. L. *et al.* **Clinical Simulation: development of relational competence and practical skills in nursing fundamentals.** Rev. Enferm. UFPE on line, v. 11, p. 4184-90, 2017. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231181/25159>

SILVA, R. F. **As emoções e sentimentos na relação professor-aluno e sua importância para o processo de ensino e aprendizagem: contribuições da teoria de Henri Wallon.** 2017. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150708>

SOUZA, J. M. O. et al. **Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado.** Investig Qual em Saúde, v. 2, n. 1, p. 841–848, 2017. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1281>

TEIXEIRA, C. R. S. *et al.* **Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation.** Rev. Bras. Enferm., v. 68, n. 2, p. 284–91, 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000200311&script=sci_arttext&tlng=en

PARTO DOMICILIAR: ESCOLHA E RELATO DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS POR MULHERES E SEUS COMPANHEIROS

Data de aceite: 31/03/2020

Talita Oliveira Silva

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Juliana Silva Pontes

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Patrícia Regina Affonso de Siqueira

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Isis Vanessa Nazareth

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Fabricia Costa Quintanilha Borges

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Glaucimara Rigquete de Souza Soares

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Thayssa Cristina da Silva Bello

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

Meiriane Christine dos Santos Aguiar

Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ
Macaé – Rio de Janeiro

RESUMO: Objetivos: descrever as razões para a escolha pelo parto domiciliar e analisar o relato das experiências vivenciadas pelas

mulheres e seus companheiros. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, na modalidade narrativas de vida, que se deu com mulheres que tiveram parto domiciliar planejado, residentes da região norte fluminense e Rio das Ostras - RJ. A análise se deu a partir da estruturação da categoria analítica a luz da análise de conteúdo. **Resultados:** entrevistaram-se doze mulheres, e agruparam-se os relatos na categoria analítica - O parto domiciliar: razões para a escolha e as experiências vividas. **Conclusão:** percebeu-se que a principal motivação para o parto domiciliar estava relacionada diretamente ao desejo de se ter um parto normal humanizado, somando-se as experiências anteriores de partos, ao medo de sofrer violência obstétrica. As mulheres relataram situações de violência no período puerperal, relacionada à escolha do parto domiciliar. Portanto, observou-se a necessidade de ampliação das discussões sobre este tema a fim de garantir uma assistência humanizada, centrada nas necessidades da mulher e família. **PALAVRAS-CHAVE:** Parto humanizado; Parto domiciliar; Trabalho de parto; Saúde da mulher; Gestante; Relações Familiares.

RESUME: Objectives: to describe the reasons for choosing home birth and to analyze the report of the experiences lived by women and their partners. **Method:** a descriptive, qualitative study, in the narrative of life modality, which took

place with women who had planned home births, residents of the northern region of Rio de Janeiro, Rio das Ostras - RJ. The analysis took place from the structuring of the analytical category in the light of content analysis. **Results:** twelve women were interviewed, and the reports were grouped in the analytical category - Home birth: reasons for the choice and the lived experiences. **Conclusion:** it was noticed that the main motivation for home birth was directly related to the desire to have a normal humanized birth, adding to the previous experiences of births, to the fear of suffering obstetric violence. Women reported situations of violence in the puerperal period, related to the choice of home birth. Therefore, there was a need to expand discussions on this topic in order to guarantee humanized assistance, centered on the needs of women and family.

KEYWORDS: Humanized delivery; Home birth; Labor; Women's health; Pregnant; Family relationship

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher sinalizam a necessidade de mudar a forma de nascer, visto que a tecnologia e a instrumentalização têm se empoderado deste momento. Portanto, existe uma real necessidade de reestruturar e dar um novo significado ao momento da parturição, pautado nas crenças e valores de cada casal. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014)

No Brasil os partos acontecem, predominantemente, no ambiente hospitalar, com altas taxas de cesáreas e uso indiscriminado de intervenções no trabalho de parto. Neste contexto, o parto institucionalizado se relaciona às situações de desrespeito, negligência e violência (Santos SS dos, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC, 2018 e Ferraz M, Almeida AM, Matias A, 2015).

A temática aqui se trata do parto domiciliar a partir da perspectiva feminina. Esta escolha se deu perante o cenário atual de medicalização do parto em unidades hospitalares, sob diretrizes e protocolos assistenciais vivenciados na prática.

Em uma perspectiva sócio-antropológica, o reconhecimento do parto se dá como um evento familiar, em que a chegada do mais novo membro da família é rodeada de grandes emoções e expectativas, no qual observa-se a tendência ao planejamento prévio. (Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL, Martins CA, Moraes PA, 2016).

As vias de parto se caracterizam como via vaginal, também denominada parto normal, natural ou fisiológico, ou ainda através de um procedimento cirúrgico, a cesárea. (Melo JKF, Davim RMB, Silva RAR, 2015).

Na antiguidade, a experiência do trabalho de parto e nascimento se dava a partir das próprias mulheres e em ambiente domiciliar, onde o cuidado centrava-se nas necessidades da parturiente, relacionadas às vivências das mulheres em partos anteriores. Contava-se com a assistência das parteiras e reconhecia-se culturalmente

o parto como um evento familiar e social. (Melo JKF, Davim RMB, Silva RAR, 2015).

Mudanças neste cenário aconteceram quando os médicos passaram a assumir o papel das parteiras. Passou-se a parir na posição supina, pois para o profissional esta era a melhor maneira para acompanhar o avanço do trabalho de parto e empregar técnicas e instrumentos, como fórceps e ruptura das membranas ovulares, técnicas essas aceleradoras do trabalho de parto. (Santos SS dos, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC, 2018 e Ayres LFA, Henriques BD, Amorim WM, 2018).

Puderam-se observar maiores avanços na área da obstetrícia com a inserção da cesárea na assistência, onde, por exemplo, partos com distocias podiam ser assistidos, diminuindo assim os índices de morbimortalidade materna e fetal. (Souza CL de, Mamédio LJJ, Brito MF, Silva VDO da, Oliveira KA de, Silva ES, 2018).

Assim, a assistência ao parto passou a ser vista como um evento patológico e de natureza hospitalar, mecanizado, regido por procedimentos padronizados, realizados rotineiramente; retirando, por vezes, o protagonismo da mulher em vivenciar plenamente seu momento da forma desejada. (Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP, 2018; Ayres LFA, Henriques BD, Amorim WM, 2018; Zanetti M, Campi R, Olivieri P, M Campiotti, Faggianelli A, Bonati M, 2019 e Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC, 2018). O uso indiscriminado de práticas obstétricas invasivas, sem respaldo técnico em suas indicações gerou um aumento nas complicações maternas e neonatais, promovendo um movimento de reflexão sobre a necessidade de reestruturação da assistência obstétrica. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014).

Movimentos pela humanização do parto e nascimento ganharam expressividade a partir de 1993, por iniciativa de Organizações Não Governamentais e da sociedade civil, com a criação da Rede de Humanização do Parto e Nascimento. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014). Lutas pela não valorização da violência obstétrica ganharam destaque neste cenário.

Violência obstétrica vem a ser ações que causem maus tratos, desrespeito e negligência, tanto com a mulher quanto com o recém-nascido, que tragam danos físicos ou psicológicos, no pré-parto, parto ou pós-parto. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014 e Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL, Martins CA, Moraes PA, 2016 e Moura RCM, 2018).

Neste contexto, a enfermeira obstétrica, está entre os profissionais que atendem ao parto em domicílio no Brasil; e é reconhecida legalmente como profissional competente para atuar na assistência ao parto de baixo risco domiciliar, sendo sua atuação reconhecida pelo emprego das práticas baseadas em evidências, assistência exclusiva e emprego de habilidades para avaliar continuamente a mulher e recém-nascido, ofertando suporte básico de vida, em casos de necessidade. Aponta-se conseqüentemente, que as publicações científicas revelam a satisfação das mulheres

e suas famílias com esta assistência prestada.(Santos SS dos, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC, 2018 e Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP, 2018; Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco LG, Costa R, 2018 e Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Monticelli M, Knobel R, 2015). Então, o parto domiciliar planejado se apresenta como uma possibilidade para o cuidado humanizado que rompe com o modelo hegemônico e que atende as demandas femininas. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014 e Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP, 2018).

Portanto, o objetivo proposto foi descrever as razões para a escolha pelo parto domiciliar e analisar o relato das experiências vivenciadas pelas mulheres e seus companheiros.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Utilizou-se a técnica da narrativa de vida, sendo realizado no período de julho de 2018 à fevereiro de 2019. Foram entrevistadas doze mulheres e observou-se o ponto de saturação, que é quando as entrevistas não agregam mais valor ao conhecimento do estudo. (Bertaux, D. 2010).

Narraram mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado na região Norte Fluminense e Rio das Ostras, no Estado do Rio de Janeiro. Excluiu-se mulheres que tiveram o parto domiciliar planejado em outras localidades e em momento anterior ao estabelecimento do domicílio na região do estudo.

As participantes foram buscadas através da técnica *snowball*, que consiste em indicações, em que um participante indica outro para a participação da pesquisa. (Bertaux, D. 2010).

A coleta de dados foi instrumentalizada por um formulário com informações referente ao perfil sócio-cultural e de antecedentes obstétricos das mulheres; além da técnica de narrativa de vida com a seguinte pergunta norteadora: “Conte-nos sobre a sua história de vida que se relaciona com a vivência do parto domiciliar”. A entrevista narrativa se dá a partir da pergunta inicial, em que o entrevistador irá encorajar e nortear o relato. (Bertaux, Daniel, 2010).

As entrevistas foram gravadas em aparelho mp3, duraram em média 40 minutos, e em seguida as mesmas foram transcritas, o que possibilitou registrar pausas, emoções, bem como expressões faciais que enriqueceram e fortaleceram os relatos obtidos.

Respeitou-se os aspectos éticos em atenção aos critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para a garantia do anonimato das participantes através do qual estas tiveram seus nomes substituídos no texto por uma identificação constituída a partir da letra “M” seguida por um número. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 evidencia o perfil sócio-cultural; considerou-se a idade, estado civil e a escolaridade. Os antecedentes obstétricos estão representados pela discriminação do número de gestações, abortamentos e quantidade de partos segundo a via do nascimento.

Ident	Idade	EC	Esc	AO	Parto
M1	38	Solteira	ESC	G2 A0 P2	Vag
M2	32	Casada	EMC	G2 A0 P2	Vag e Cir
M3	31	Casada	EMC	G1 A0 P1	Vag
M4	31	Casada	ESC	G1 A0 P1	Vag
M5	38	Solteira	ESC	G2 A1 P1	Vag
M6	37	Casada	ESC	G2 A0 P1	Vag
M7	38	Casada	ESC	G1 A0 P1	Vag
M8	29	União Estável	ESC	G1 A0 P1	Vag
M9	29	Casada	ESC	G1 A0 P1	Vag
M10	29	Casada	ESC	G5 A2 P3	Vag
M11	35	Casada	ESC	G2 A0 P2	Vag
M12	33	Casada	EMC	G3 A0 P3	Vag

Tabela 1. Caracterização Social, Cultural e Antecedentes Obstétricos. Macaé (RJ), Brasil, 2019.

Ident: Identificação/Esc: Escolaridade/EC: Estado Civil/AO: Antecedentes Obstétrico/ESC: Ensino Superior Completo/EMC: Ensino Médio Completo/G:Gestação/A: Aborto/P: Paridade/Vag: Vaginal/Cir: Cirúrgico.

Relacionando-se a idade das participantes, a média obtida foi de 33 anos, com variação compreendida entre 29 e 38 anos de idade, o que demonstrou o predomínio da escolha pelo parto domiciliar entre mulheres que optaram por uma gestação mais tardia.

Considerando-se o estado civil, é possível afirmar que a maioria das mulheres são casadas ou estão em união estável (83,33%); apenas 16,77% eram solteiras, demonstrando que a decisão pelo parto domiciliar pode encontrar interfaces com o fato da mulher possuir uma rede de apoio familiar.

Referindo-se ao grau de escolaridade, 75% apresentou ensino superior completo, enquanto 25% obtinham ensino médio completo. Os anos de estudo podem estar relacionados a maiores possibilidades de acesso a informações sobre o parto e conseqüentemente maior nível de esclarecimento quanto às práticas obstétricas recomendáveis para as possibilidades de escolha da assistência ao parto.

Destaca-se nos antecedentes obstétricos que 41,6% são primíparas, 41,6% são secundíparas e 16,6% são tercíparas, evidenciando que a opção por esta

modalidade de parto encontra-se em crescimento tanto para mulheres que vivem sua primeira experiência quanto para as que já possuem vivências anteriores. É importante ressaltar que duas das entrevistadas vivenciaram mais de um parto domiciliar.

Considerando-se as narrativas de vida das participantes, na perspectiva da análise de conteúdo e desenvolvimento de suas fases, elencou-se uma categoria para discussão, a ser: O parto domiciliar: razões para a escolha e as experiências vividas.

Representou-se nesta categoria analítica as motivações femininas para o parto em domicílio, ancoradas na expressão do desejo de viver a experiência de um parto normal, de maneira humanizada e centrada nas necessidades da mulher e mãe, do recém-nascido e da família, observadas nos relatos a seguir:

[...] eu queria um parto normal, eu era uma gestante sem complicação, então ia fazer a coisa que fosse fisiológica. (M1)

Eu acho que eu sempre tive vontade de ser mãe e sempre pensei no parto normal, não é uma coisa que eu decidi depois, era uma coisa muito natural para mim. (M2)

Observou-se nos relatos que existe uma decisão pessoal definida, além do conhecimento prévio acerca da oposição existente entre a humanização do nascimento e das práticas obstétricas desnecessárias, correspondentes ao modelo institucional, como evidencia-se nos seguintes relatos:

Eu achava muito agressivo ao bebê o parto cesáreo ou o normal, sem ser humanizado. O neném acaba de nascer e eles põem de cabeça para baixo. Tem gente que dá tapa no bumbum do neném, enfia remédio, colírio no olho, que não tem utilidade nenhuma, e aí eu não quis por isso. (M3)

Evidenciou-se a cada relato, que a busca dessas mulheres por informação existe para melhor compreenderem o processo de parturição, como pode ser observado a seguir:

[...] então ali foi o tempo de pesquisar muito sobre o assunto, ler e realmente me empoderar, que era possível fazer o parto em casa, e aí à gente (ela e o marido) decidiu. (M4)

Fui procurar pessoas, de fato me informei com elas, depois que ele (obstetra) me falou do parto normal, comecei a pesquisar sobre parto na internet, e vi o domiciliar e pensei, se tem gente fazendo em casa, eu não vou fazer em outro lugar mesmo! (M5)

Observou-se nas narrativas que as pesquisas realizadas pelas mulheres resultaram em informações acerca da humanização do parto e sobre o parto domiciliar. Entretanto, pode-se observar que algumas faziam acompanhamento da gestação com o profissional médico e esperavam que eles a acompanhassem no

parto vaginal, porém isso não aconteceu como nos relatos a seguir:

Quando cheguei ao quarto mês de gestação, meu médico me deu um documento, dizendo que ele estava me explicando todos os riscos da cesariana, para eu assinar, e outro documento dizendo que se eu quisesse um parto normal eu estava ciente que talvez ele não estivesse comigo, e eu tive que ir para casa com esses dois papéis. (M6)

Ele (obstetra) falou que ia acompanhar meu parto, e quando chegasse 38/39 semanas, ele iria avaliar, para ver o meu caso. Se ele achasse que podia ser parto normal tudo bem, se não, ele iria agendar a cesárea. (M7)

Destaca-se que algumas mulheres foram desencorajadas por profissionais, que descartaram qualquer possibilidade em assistí-las em um parto vaginal, demonstrando claramente um direcionamento a cesariana. Outros apresentaram a possibilidade de assistirem somente ao pré-natal, não garantindo assim sua presença no momento de um parto fisiológico.

Observou-se, em diversas etapas, o longo caminho percorrido pelas mulheres até a decisão final pelo parto domiciliar, como a pesquisa sobre o assunto, o compartilhamento de informações com outras mulheres, a orientação profissional, a partilha da decisão com o parceiro, entre outras possibilidades, como exemplificadas nas narrativas a seguir:

Porque nesse meio do caminho a gente assistiu, eu e o S. (marido), o vídeo do Renascimento do Parto, a gente é professor, então fomos pesquisar [...] ele mergulhando junto comigo, super parceiro, do meu lado (M7).

A idéia do parto domiciliar, surgiu, tanto para mim quanto para o meu companheiro, muito antes de engravidar [...] foi na verdade o medo que surgiu do parto hospitalar (M8).

Eu tenho pavor de hospital, não é um ambiente que me traz tranquilidade, e eu tinha muito medo de chegar num momento tão especial da minha vida e estar no hospital [...] eu sabia que no hospital ia ser tudo mais difícil de controlar, mesmo com a equipe, ia ter muito mais estresse, não estaria me sentindo acolhida. (M9)

Observou-se nos recortes, os relatos das vivências anteriores ao parto domiciliar, e acredita-se que tais vivências influenciaram na decisão final pelo parto em domicílio e para algumas na decisão de não ter outros filhos para não passar novamente por uma experiência de parto traumática, conforme descritos a seguir:

[...] falei: “Não! Eu não quero episio” [...] ele (obstetra) deu anestesia, fez a episio sem meu consentimento [...] tiraram a neném, colocaram colírio, fizeram um monte de procedimentos e eu estava sozinha [...] Eu acho que esse sentimento, quando você vai ter um filho, é horrível, você não sabe o que está acontecendo com o neném, você não sabe nada... (pausa, ela se emocionou) E por causa disso eu tinha decidido que não ia mais ter filho (M10).

O parto em si foi bem complicado porque eu queria parto normal, mas não tinha ninguém me incentivando na hora [...] foi um parto normal, mas não foi humanizado, foi uma experiência ruim. Fiquei feliz de ter conseguido fazer o parto normal, mas fiquei um pouco frustrada com a situação toda que eu passei (M11).

Salienta-se que a experiência vivida por essas mulheres no ambiente hospitalar foi completamente diferente da experiência vivenciada no parto domiciliar, como observado no relato a seguir:

Na segunda neném foi outro esquema, mas eu também estava muito nervosa, porque parecia que era meu primeiro parto, mas também não deixava de ser, porque era totalmente diferente [...] ela nasceu na água, meu marido que pegou, foi bem diferente. (M10)

Evidenciou-se, através da narrativa de M12, que viveu dois partos hospitalares anteriores ao domiciliar, a importância do emprego das boas práticas no momento do parto, como a liberdade de escolha da posição e a atmosfera harmoniosa do lar observada no recorte a seguir:

Não fiquei deitada, estava na posição que eu queria, no chuveiro eu mudava de posição várias vezes [...] no final a equipe, elas (parteira e doula) e meu marido, sussurravam, para não me atrapalhar [...] totalmente diferente do que é no hospital, foi uma experiência toda diferente mesmo (M12).

Evidenciou-se que a experiência do primeiro parto de M11, que apesar de ter ocorrido por via vaginal se deu em um ambiente hospitalar, foi suficiente para que decidisse por uma assistência diferenciada. Observou-se no parto em domicílio uma vivência diferente, que impulsiona a mulher a viver plenamente este momento, conforme descrito no relato a seguir:

Eu acho que a experiência do primeiro parto contou muito, porque foi um momento que eu conheci meu corpo [...] e aí finalmente consegui fazer um nascimento digno para o meu filho, o que não consegui no primeiro acabei conseguindo para segundo (M11).

Ressalta-se o empoderamento feminino na escolha pelo ambiente domiciliar para vivenciar seu primeiro trabalho de parto, confiando na fisiologia do corpo e na força interior, independente das opiniões contrárias, como evidenciado pelas narrativas a seguir:

Viver as gestações, o trabalho de parto como eu me propus, trouxe esse resgate, me fez inteira de novo [...] era um sentimento de conquista muito grande, de sucesso. E o mais incrível é que isso segue você na sua história de vida. Eu encaro como se fosse um triunfo enorme, a despeito de toda opressão do Sistema de Saúde (M5).
As pessoas falam: - Ah, mas parto domiciliar não tem preparo. Não, o preparo é muito maior do que quem tem no hospital, porque a gente tem que pensar em muitas coisas. Mas eu te confesso que em momento algum eu tive medo, eu tinha certeza que nada ia dar errado (M6)

Observou-se que o respeito as escolhas da mulher, durante o parto em domicílio, proporcionou um nascimento transformador, que fortalece o vínculo familiar em um ambiente harmonioso e íntimo, a participante M8 relata esta experiência como

renascer, conforme evidenciado no relato a seguir:

Eu me senti totalmente tranqüila e segura durante todo o meu trabalho de parto. Em nenhum momento eu quis desistir [...] eu estava com meu marido ao meu lado, com a equipe que eu confiava, eu sabia que o meu bebê estava bem. Foi uma experiência transformadora para mim como pessoa, como mulher. Foi um renascimento mesmo. (M8)

Nesta construção mulheres revelaram em suas narrativas as motivações pelo parto em domicílio que se iniciaram a partir do desejo de se ter um parto normal humanizado; e, depois, descobriram que no parto domiciliar conseguiriam viver este momento de forma digna, segura e tranquila.

Resgatou-se o momento do parto como o desfecho de todo o processo gestacional, o encontro entre a mulher e o seu filho, e, portanto, o ambiente pode influenciar de forma significativa essa experiência. Destaca-se entre as características do domicílio como local de parto o caráter acolhedor, em acordo com as crenças, valores, cultura e demais aspectos psicossociais da mulher e de sua família. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014).

Difundiu-se, entretanto, a ideia de que as mulheres não conseguiriam parir sem um ambiente especializado e com recursos tecnológicos, como disponibilizados nos hospitais. Induz-se o pensamento de que o parto e o nascimento são um evento patológico, que requer instrumentalização tecnológica, necessitando de medicalizações para a progressão do trabalho de parto e alívio da dor, difundindo insegurança e medo à mulher e sua família. (Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP, 2018; Ayres LFA, Henriques BD, Amorim WM, 2018 e Moura RCM, 2018).

Estimou-se que a preferência pelo parto normal, para muitas mulheres, advém dos seus benefícios, como recuperação materna mais rápida, maior facilidade na amamentação, maior interação precoce entre mãe-bebê, menor risco de infecção, entre outros fatores, e o profissional de saúde deve apoiar a decisão da mulher, se a mesma se mantém em uma gestação de baixo risco. (Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco LG, Costa R, 2018; Silva, ACL, 2017 e Santos GO, Carneiro AJS, Souza ZCSN, 2018).

Observou-se inquietações acerca do modelo obstétrico vigente, e portanto procura-se por assistências diferenciadas que promovam a humanização do cuidado. Resgata-se, no tocante ao parto domiciliar, o nascimento como um evento familiar, em um ambiente íntimo, que está sob o controle da mulher, que é a protagonista desse momento. Faz-se necessário, contudo, que hajam profissionais capacitados para atender essa demanda, bem como intenso planejamento e preparo para o trabalho de parto, somando ao fácil acesso a recursos materiais durante o nascimento. (Brasil, Ministério da Saúde, 2014 e Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL, Martins CA,

4 | CONCLUSÃO

A partir das narrativas de vida das doze mulheres do interior do estado do Rio de Janeiro com suas culturas e crenças; os achados apontaram que mesmo com acesso ao Sistema Único de Saúde e a saúde suplementar, essas mulheres procuraram outras opções para parir, movidas pela necessidade de experienciarem o parto humanizado.

Destacou-se na pesquisa que todas as mulheres entrevistadas, mesmo antes de engravidarem, sonhavam em ter um parto normal, e quando engravidaram, buscaram meios para viabilizarem seus sonhos, porém a ideia do parto domiciliar planejado surgiu somente após as dificuldades encontradas em conseguir um obstetra que assistisse ao parto normal de maneira humanizada.

A decisão pelo parto domiciliar é decorrente de fatores diversos: pesquisas, informações e troca no ambiente familiar com o companheiro em busca da melhor decisão. Algumas não conseguiam imaginar ter seus filhos no ambiente hospitalar, enquanto outras só queriam um parto respeitoso, mas todas almejavam um parto normal.

Conclui-se que o parto domiciliar foi uma experiência transformadora, vivida na intimidade do lar, com baixas intervenções, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e com a presença ativa do acompanhante; e a procura por uma assistência humanizada foi o fator principal que moveu essas mulheres, somado ao medo de sofrerem qualquer tipo de violência durante este momento ímpar em suas vidas, o nascimento do mais novo membro da família.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília (DF); 2014. Available from: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

Santos SS dos, Boeckmann LMM, Baraldi ACP, Melo MC. Outcomes of planned home births assisted by nurse midwives. Rev Enferm UFSM. 2018 Jan/Mar; 8(1): 129-143. DOI: 10.5902/2179769228345

Lessa HF, Tyrrell MAR, Alves VH, Rodrigues DP. Choosing the home planned childbirth: a both natural and drug-free option. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1118-1122. DOI:10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1118-1122

Ferraz M, Almeida AM, Matias A. The influence of the web in the decision process of the pregnant woman: prenatal screening and type of birth. Rev Eletron de Comun Infnov Saúde. 2015 Out/Dez; 9(4). Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/913>

- Nascimento JP, Mattos DV de, Matão MEL, Martins CA, Moraes PA. Woman's empowerment in planned child birth at home. *Revenferm UFPE online*. 2016 Nov; 10(5):4182-7. DOI: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201601
- Melo JKF, Davim RMB, Silva RAR. Advantages and disadvantages of labour and normal cesarean: view puerperal. *Repesquicuid fundam (Online)*. 2015 Out/Dez; 7(4): 3197-3205. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i4.3197-3205
- Ayres LFA, Henriques BD, Amorim WM de. The cultural representation of "natural child birth": the outlook on the pregnant body in the mid-twentieth century. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(11): 3525-3534. DOI: 10.1590/1413-812320182311.27812016
- Souza CL de, Mamédio LJJ, Brito MF, Silva VDO da, Oliveira KA de, Silva ES da. Factors associated with caesarean delivery in a public hospital of Bahia. *Rev baiana saúde pública*. 2018 Jan/Mar; 42(1): 76-91. DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n1.a2430
- Zanetti M, Campi R, Olivieri P, M Campiotti, Faggianelli A, Bonati M. A Web-Based Form With Interactive Charts Used to Collect and Analyze Data on Home Births in Italy. *J Med Internet Res [Internet]*. 2019 Mar; 21 (3): e10335. Available from: <https://www.jmir.org/2019/3/e10335/>
- Silva RCF, Souza BF, Wernet M, Fabbro MRC, Assalin ACB, Bussadori JCC. Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39: e20170218. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.20170218
- Moura RCM et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enferm. Foco* 2018; 9 (4): 60-65. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>
- Koettker JG, Bruggemann OM, Freita PF, Riesco LG, Costa R. Obstetric practices in planned home births assisted in Brazil. *RevEscEnferm USP*. 2018; 52:e03371. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034003371>
- Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Monticelli M, Knobel R. Comparação de resultados obstétricos e neonatais entre primíparas e múltíparas assistidas no domicílio. *Cienc. enferm. [online]*. 2015; 21(2):113-125. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532015000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
- Bertaux, Daniel. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos* / Daniel Bertaux. Natal, RN: EDUFRRN; São Paulo: Paulus, 2010. Tradução da 2ª edição.
- Silva, ACL et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.
- Santos GO, Carneiro AJS, Souza ZCSN. Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. *RevFundCare Online*. 2018; 10(1):233-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.233-241>

PROCESSO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM MICROCEFALIA POR ZIKA VÍRUS EM SERVIÇO DE CUIDADO DOMICILIAR FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 03/01/2020

Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0002-3248-1182>

Ana Flávia Souza Domingos Silva

Enfermeira. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0001-8252-7620>

Fabiana Silva de Arruda

Enfermeira. Cuiabá-MT
<https://orcid.org/0000-0001-6651-8214>

Andréia Lara Lopatko Kantoviscki

Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba-PR
<https://orcid.org/0000-0003-3674-0177>

* O presente estudo é um recorte do Projeto Matricial intitulado “Microcefalia: estudo qualitativo de experiência de condição crônica”, devidamente registrado sob o nº PROPEq-UFMT 408/2016. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, defendido em maio de 2019.

RESUMO: A microcefalia é uma das formas clínicas da manifestação da Síndrome Congênita do Zika Vírus, sendo considerada uma malformação do perímetro cefálico como também um déficit do crescimento cerebral. O objetivo deste estudo foi descrever o processo de enfermagem à uma criança com microcefalia por ZIKV em serviço de cuidado domiciliar

fundamentado na Teoria do Autocuidado, utilizando as distintas classificações taxonômicas NANDA, NIC e NOC. Utilizou-se abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Os resultados foram obtidos a partir da análise da Coleta de Dados e da Evolução de Enfermagem, elencando diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem através do uso das classificações taxonômicas. A teoria utilizada teve aplicabilidade sobre a família no cuidado com a criança, promovendo a melhora dos resultados em torno dos problemas levantados.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Domiciliar; Microcefalia; Diagnósticos de enfermagem. Autocuidado.

CHILD NURSING PROCESS WITH MICROCEPHALIA BY ZIKA VIRUS IN HOME CARE BASED ON SELF-CARE THEORY

ABSTRACT: Microcephaly is one of the clinical forms of the manifestation of Congenital Zika Virus Syndrome, being considered a malformation of the head circumference as well as a brain growth deficit. The aim of this study was to describe the nursing process for a child with ZIKV microcephaly in a home care service based on Self-Care Theory, using the different taxonomic classifications NANDA,

NIC and NOC. A qualitative, descriptive and exploratory approach was used between January and February 2019. The results were obtained from the analysis of data and Nursing Evolution, listing nursing diagnoses, interventions and outcomes through use of taxonomic classifications. The theory used was applicable to the family in caring for the child, promoting the improvement of the results around the problems raised.

KEYWORDS: Home Care; Microcephaly; Nursing diagnoses; Self care.

1 | INTRODUÇÃO

O Zika Vírus (ZIKV) é transmitido por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*. Sua circulação entre as pessoas em forma de epidemia tem chamado a atenção da sociedade, especialmente, por se tratar de uma infecção relacionada a danos e malformações congênitas, com destaque para a microcefalia (SOUSA *et al.*, 2018). Contudo, autores trazem outras vias de transmissão, tais como: a materno-fetal, por via transplacentária ou durante o parto normal; a transmissão sexual através do sêmen; e/ou por transfusão de sangue e hemoderivados (PIMENTA *et al.*, 2016; RICHNER *et al.*, 2017).

A microcefalia é considerada uma malformação ou um déficit no desenvolvimento cerebral. A característica para o diagnóstico clínico é a partir da medição do perímetro cefálico (PC), mais de 2 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo. (CRUZ *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2018).

É uma das formas clínicas da manifestação da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), que pode cursar com várias manifestações clínicas, como: atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, malformação nas articulações, artrogripose, calcificações intracranianas, epilepsia, paralisia cerebral, dificuldade de deglutição, anomalias dos sistemas visuais e auditivos, e distúrbio do comportamento (EICKMANN *et al.*, 2016). Tais manifestações clínicas tornam esse agravo uma condição crônica infantil que envolve certa deficiência e dependência de cuidados contínuos, tanto a dinâmica familiar quanto o acesso e o gerenciamento dos serviços de saúde necessários.

Entre os diversos serviços de saúde demandados para o atendimento dessas crianças encontra-se o serviço de assistência domiciliar, como uma proposta viável para a redução do tempo em que pacientes crônicos permanecem em ambiente hospitalar. Esse serviço, a depender da gravidade dos casos, pode ser organizado em escalas de trabalho com a carga horária diária dividida em 12 ou 24 horas, sendo o gerenciamento da equipe de enfermagem uma atribuição profissional do enfermeiro. Este modo de assistir ao paciente, que implica a integração de ações multiprofissionais, possibilita um contexto diferenciado para o cuidado, promovendo a singularidade, humanização e autonomia, com foco tanto no indivíduo quanto na

sua família (MELLO; BACKES; BEN, 2016).

O profissional que atua na área de atenção domiciliar necessita ter conhecimento de que as intervenções em saúde exigem certas competências, como o relacionamento interpessoal e comunicação, para poder estabelecer um relacionamento profissional e ético tanto com os familiares, como também perante a equipe multiprofissional. Sendo assim, compreende-se que o profissional é capaz de desempenhar um papel fundamental nessa atuação (ANDRADE *et al.*, 2017).

Com relação à assistência de enfermagem, na definição dos problemas e necessidades de cuidado de cada paciente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um dispositivo que orienta o cuidado em diferentes contextos, incluindo o domiciliar, por meio da resolução segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 (COFEN, 2009). Para a elaboração da SAE, pode-se lançar mão de diversas teorias de enfermagem, dentre elas, a teoria de Wanda Horta, que foi elaborada a partir da Teoria de Maslow e fundamenta as Necessidades Humanas Básicas, dentre elas: necessidades fisiológicas e psicossociais (HORTA, 1974).

A teoria de Horta pode contribuir no cuidado em assistência domiciliar com o intuito de prestar cuidados e assistência baseando-se em cada necessidade do cliente, que receberam alta hospitalar e favorecer o cuidado dentro do ambiente familiar, reduzindo custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente hospitalar. O profissional de enfermagem responsável por tal assistência possui uma atividade fundamental tanto pela coordenação do plano de cuidado no domicílio, quanto pelo vínculo que estabelece com usuários e familiares, em decorrência do período que convive com os mesmos (ANDRADE *et al.*, 2017).

Outra teoria muito difundida na Enfermagem foi desenvolvida por Dorothea de Orem, nos anos de 1959 e 1985, sob o nome de Teoria no Déficit de Autocuidado de Enfermagem. Esta teoria tem como conceito principal o autocuidado, que é estabelecido através de desenvolvimento de atividades que são capazes de estabelecer a preservação da vida e também o bem-estar pessoal, que vai além de cuidados diários, pois englobam todos os aspectos que o indivíduo é capaz de vivenciar (ARAÚJO *et al.*, 2014). No caso estudado, essa teoria pode auxiliar no desenvolvimento do potencial dos pais para o cuidado da criança, que demanda manejo dos dispositivos e equipamentos de saúde, bem como para a promoção do desenvolvimento infantil.

De modo geral, o uso das teorias pode facilitar um planejamento de ações para cada indivíduo e selecionados a teoria de Horta e de Orem como base para levantamento de problemas e plano de cuidados para o caso desse estudo, a partir da composição dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é uma abordagem metodológica que pode

ser utilizada pelos profissionais de enfermagem ao implementar os cuidados com os pacientes, abrangendo a família e a comunidade em uma sequência de cinco etapas: Coleta de dados (histórico e anamnese), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem. Através desta abordagem, pode ser evidenciada a qualidade da assistência do enfermeiro perante ao trabalho a ser executado, baseando na prioridade e necessidades que o paciente necessita (SANTOS *et al.* 2015).

A Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem – NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2016) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2016) são classificações taxonômicas baseadas em pesquisas que possibilitam a padronização de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados da enfermagem (NANDA Internacional, 2018).

Foi considerada como questão norteadora do estudo: “Qual plano de cuidado pode ser elaborado por enfermeiros ao aplicar o processo de enfermagem fundamentado na teoria do déficit do autocuidado e distintas taxonomias, na assistência de uma criança afetada pela microcefalia por Zika vírus?”.

Diante do exposto o intuito deste trabalho foi identificar o processo de enfermagem voltado à uma criança com microcefalia por ZIKV em serviço de cuidado domiciliar, sob a perspectiva das Necessidades Humanas Básicas e da Teoria do Autocuidado. Para tanto, optou-se por situar o serviço considerando os aspectos familiares sociais e o contexto da prática dos profissionais da enfermagem envolvidos, que são dinâmicos e configuram a assistência para o cuidar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, do tipo estudo de caso. O estudo de caso é um método de pesquisa que pode ser aplicado em diversas situações e com características próprias, sendo utilizado de modo estratégico para conhecer melhor uma realidade em que se situam indivíduos ou grupos (ANDRADE *et al.*, 2017).

A escolha do caso foi intencional, através da indicação da enfermeira responsável pelo serviço de atendimento ambulatorial de referência para crianças diagnosticadas com microcefalia.

A pesquisa foi realizada em um serviço de cuidado domiciliar, também conhecido como *Home Care*¹, situado em bairro da Capital, Cuiabá, oferecido pelo sistema público

¹ *Home care* é um serviço de saúde prestado aos pacientes em sua residência. Apresenta vários regimes de atendimento (12h/dia, 24h/dia), com presença permanente (ou não) de equipe de enfermagem, terapias de reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, etc.). Existem empresas especializadas conveniadas aos planos de saúde privados e ao SUS.

de saúde do Estado de Mato Grosso, com a participação dos pais de uma criança com diagnóstico de microcefalia/SCZV na coleta de dados (histórico e anamnese). Os mesmos eram maiores de 18 anos e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que o estudo possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com número de parecer 1.842.018; e para garantia do anonimato dos participantes, na divulgação dos resultados, todos os nomes citados são fictícios.

Para a produção dos dados foram realizadas entrevistas individuais com os participantes, utilizando um roteiro de perguntas abertas norteadoras ligadas aos interesses da pesquisa. A partir disso, foram levantados os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem baseados na taxonomia de diagnósticos de enfermagem com referência na Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA International, 2018).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico de enfermagem

Vitória, 2 anos e 6 meses, natural de Cuiabá-MT, reside na capital com seus pais e o casal de irmãos. Sua mãe, Valéria, 35 anos, possui outros 03 filhos: Rodrigo (19 anos), Ryan (11 anos) e Marina (03 anos – que também possui diagnóstico de microcefalia por Zika Vírus), destes, o primeiro filho é casado e mora em outra residência. Rogério, 40 anos, pai das crianças, completa a família.

Valéria possui formação superior de Ciências Contábeis e Rogério é serralheiro autônomo, possuindo a única renda familiar financeira. Pela necessidade de cuidados de seus filhos, a mãe desligou-se do emprego que tinha. A residência possui poucos cômodos e o quarto do casal é onde o cenário de cuidado de Vitória se estabelece, com a presença de um berço de metal com grades adaptado, equipamentos de saúde (cilindro de gás oxigênio, medicações, etc.), um guarda roupa e uma cama de casal onde as duas meninas dormem com os pais.

Amãe relata que não foi uma gravidez planejada, e que a gestação foi considerada de alto risco, necessitando de acompanhamento médico e ultrassom de 15 em 15 dias a partir da 30ª semana. Vitória nasceu com 37 semanas de parto cesáreo e sem intercorrências, apresentou perímetro cefálico de 31,5 cm. Foi diagnosticada com microcefalia com um mês de vida e necessitou realizar traqueostomia aos 04 meses, após grave problema obstrutivo respiratório. Após longo período de internações e reinternações, após processo aos 09 meses de idade, foi concedido pelo Estado o serviço de cuidado domiciliar.

A alimentação da criança, atualmente, é via oral, sem restrições, sem alergia a

qualquer tipo de alimento. Esporadicamente, necessita de oxigenoterapia e aspiração traqueal. A criança não se comunica verbalmente devido ao uso da traqueostomia, conseqüentemente, sua comunicação é não verbal. É ativa e reativa, gosta de brincar com seus irmãos, porém, não realiza atividades de recreação fora de casa, estando restrita ao domicílio.

A paciente não faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro. A avaliação de crescimento e desenvolvimento (CD) de rotina é realizada pela equipe de profissionais do *Home Care* a cada 15 dias. A mãe ressalta que o convívio com a família paterna e materna é enfraquecido, devido conflitos de relacionamentos e também pela dificuldade para sair de casa. Relata estar sobrecarregada por ser a cuidadora familiar em maior período de acompanhamento, referindo dificuldade em acompanhar o cuidado dos outros filhos e estar sob estresse emocional. Vitória possui o diagnóstico médico e clínico de microcefalia e bronqueolite obliterante.

3.2 Evolução de Enfermagem

10/02/2018 – criança consciente, utiliza comunicação não verbal, deambula sem auxílio, ativa e reativa. Não faz uso de sondagens, apenas traqueostomizada em ar ambiente. Dieta por via oral com boa aceitação, porém com dificuldade de deglutição. Faz ingestão oral de água e outros líquidos semiespessos. Pele hipocorada, pouco hidratada, sem lesões e edemas, turgor preservados. Cabeça com PC diminuído, sem abaulamento, cabelos ressecados, higienizados. Olhos simétricos, pupilas fotorreagentes. Cavidade oral higienizada, sem lesões, dentição preservada. Pescoço com mobilidade pouco reduzida, presença de traqueostomia metálica pouco secretiva. Tórax simétrico, ruídos adventícios em ápice pulmonar bilateralmente. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas normofonéticas. Abdômen flácido, plano, ruídos hidroaéreos presentes. Genitália íntegra e preservada. Eliminações fisiológicas espontâneas em fralda descartável, diurese presente, evacuação presente. MMSS e MMII com mobilidade física preservada. Medidas antropométricas: Peso 10 kg; estatura 79 cm, PC 42 cm. SSVV - FC: 125 bpm; Temp. Axilar: 36.2 °C; FR: 38 rpm; Sat. O2: 97%. Normocárdica, afebril, eupneica. Peso adequado para a idade. Estatura baixa para idade.

3.3 Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem

Com base na análise dos dados, foram elencados os seguintes parâmetros, conforme as prioridades/necessidades e capacidades para o autocuidado (da família): que possibilitaram estabelecer um intermédio norteador entre as taxonomias NANDA-NIC-NOC, como mostra o quadro 1.

Taxonomias: NANDA, NIC, NOC

Diagnóstico de Enfermagem	Resultado de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Plano de cuidados
Padrão respiratório ineficaz	Estado respiratório: desobstrução das vias aéreas	Controle respiratório; Administração de medicamentos: inalatória; Cuidados com ostomias; Assistência ventilatória; Oxigenoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> - Observar SSVV, atentando para a frequência respiratória - Avaliar condições de permeabilidade da traqueostomia, verificando presença de secreções - Realizar aspiração da traqueostomia, quando necessário - Orientar aos pais a importância da nebulização - Orientar aos pais a importância da aspiração - Montar o equipamento de oxigênio e administrá-lo por meio de um sistema aquecido e umidificado, quando necessário
Deglutição prejudicada	Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos	Terapia para deglutição; Manutenção da saúde oral; Supervisão da equipe de Enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar com o terapeuta da fala para orientar a família do paciente sobre o regime de exercícios para a deglutição - Evitar o uso de canudos para beber - Ajudar a manter a posição sentada por 30 minutos concluída a refeição - Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de aspiração - Checar a boca em busca de armazenamento dos alimentos nas bochechas, após a refeição - Orientar a família/cuidador sobre posição, alimentação e monitoramento do paciente. - Higienizar cavidade oral após as refeições
Risco de aspiração	Controle de riscos	Precaução contra aspiração	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar o nível de consciência, o reflexo de tosse, reflexo do vômito e capacidade de deglutir - Monitorar a condição pulmonar - Manter disponível o aparelho de aspiração - Alimentar o paciente em pequenas quantidades - Oferecer alimentos ou líquidos que possam formar conteúdo semiespesso antes de engolir

Risco de queda	Comportamento de segurança: ambiente doméstico	Controle do ambiente; Ensino: segurança infantil.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as necessidades de segurança do paciente com base no nível de funcionamento físico e cognitivo e no histórico comportamental - Retirar objetos prejudiciais do ambiente - Proteger com forro as laterais do berço, conforme apropriado - Promover ambiente seguro e limpo - Orientar os pais/cuidador a evitar o acesso a tomadas elétricas, fios elétricos e equipamentos/dispositivos/instrumentos elétricos - Orientar os pais/cuidador a trancar portas/portões para evitar o acesso da criança a áreas perigosas
Manutenção do lar prejudicada	Conhecimento: cuidados na doença	Assistência no autocuidado; Promoção do envolvimento familiar; Educação em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Levar em conta a cultura dos pais ao promover atividades de cuidado com a criança - Dar assistência até que os pais estejam completamente capacitados a assumir o cuidado - Usar a repetição constante de rotinas de saúde como forma de estabelecê-las - Estabelecer uma rotina para as atividades de autocuidado
Risco de tensão do papel de cuidador	Bem-estar do Cuidador	Apoio ao cuidador; Melhora do sistema de apoio.	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer afirmações positivas sobre os esforços do cuidador - Monitorar os problemas de interação na família relativos ao cuidado do paciente - Encorajar o cuidador a participar de grupos de apoio - Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a própria saúde física e mental - Reforçar a rede social do cuidador - Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias - Encaminhar a grupo de autoajuda, conforme apropriado - Encaminhar a programa de promoção/prevenção/tratamento/reabilitação com base na comunidade, conforme apropriado - Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e no planejamento.

Sobrecarga de estresse	Ajuste psicossocial: mudança de vida	Aconselhamento; Apoio emocional; Escutar ativamente.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito - Demonstrar empatia e cordialidade. - Estabelecer metas - Oferecer privacidade e garantir o sigilo - Estimular a expressão dos sentimentos - Determinar como o comportamento da família afeta o paciente - Encorajar o desenvolvimento de habilidades, conforme apropriado
------------------------	--------------------------------------	--	--

Quadro 1: Diagnósticos, intervenções e resultados com referência à NANDA, NIC e NOC.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4 | DISCUSSÃO

Após a realização da coleta e análise de dados deste estudo, foram traçados diagnósticos, resultados e intervenções envolvendo aspectos que tangem a criança, mas, também, de seus familiares, condizentes à realidade da família.

No diagnóstico que se refere ao controle respiratório (padrão respiratório ineficaz) é importante orientar a familiar sobre as alterações provenientes da traqueostomia (TQT), que requer muita atenção da equipe de saúde e dos pais. O Padrão respiratório ineficaz foi evidenciado pela presença de ruídos adventícios do tipo ronco em ápices pulmonares e secreção visível em TQT.

A avaliação para o risco de aspiração sempre é necessária nos casos de uso de TQT e a aspiração deve ser realizada quando o paciente não conseguir eliminar as secreções, a fim de manter a via aérea desobstruída. Ao realizar a aspiração, o objetivo é remover toda a secreção da cânula com o intuito de manter a via aérea limpa, a fim de evitar possíveis complicações que são relativos ao dispositivo (LAGNI *et al.*, 2013).

A aspiração da TQT deve ser realizada sempre que necessária para manter a cânula pérvia, pois a oclusão parcial pelo acúmulo de muco/secreção pode elevar a frequência cardíaca e, conseqüentemente, aumentar o esforço respiratório, ocasionando queda de saturação e cianose HOCKENBERRY; WILSON; WONG, 2014). São necessárias também outras medidas de cuidados com o TQT, como: manter a cabeceira elevada de 30° a 45°; lavar as mãos antes e após o manuseio da cânula; realizar ausculta pulmonar em busca de ruídos adventícios; realizar higiene oral; e observar sinais de desconforto respiratório. Desta forma, os cuidados de enfermagem devem proporcionar ventilação e oxigenação adequadas (resultados esperados).

Concernente à realização da aspiração, conforme a resolução do COFEN nº

557/2017, é de atribuições dos profissionais de Enfermagem a realização da aspiração vias áreas, podendo ser realizada pelo técnico de enfermagem, conforme prescrição do Enfermeiro (COFEN, 2017). Nesse sentido, deve-se garantir que a equipe seja devidamente treinada para o procedimento, evitando que os pais manuseiem o dispositivo quando a criança estiver assistida por equipe de cuidado domiciliar, para evitar riscos e erros quanto ao procedimento.

Em relação a deglutição prejudicada, é importante fazer orientação dos pais para que promovam um ambiente tranquilo para a criança durante as refeições, evitando distrações, e diminuindo o risco de broncoaspiração. Nesse diagnóstico é preciso ponderar a influência dos fatores funcionais e até mesmo os emocionais da família (DOMINGOS; VERISSIMO, 2014). É possível promover a participação dos pais nos exercícios que estimulam o fortalecimento da musculatura utilizada para a adequada ingestão dos alimentos.

Segundo Luzia, Victor e Lucena (2014), os fatores de risco para queda estão relacionados à idade, ao ambiente, fator cognitivo e fisiológico. Com relação à criança, as medidas preventivas devem ser traçadas e planejadas pelo enfermeiro com a participação pais para prevenir eventuais acontecimentos. A queda é um dos fatores de risco relacionados à infância, principalmente, em crianças com alteração da função neurológica. As medidas de prevenção visam garantir a segurança e bem-estar da criança para um desenvolvimento adequado.

Com relação à atividade da enfermagem, no serviço de atenção domiciliar se observou que sua participação consiste em prover cuidados mais específicos/complexos, como o manejo e a manutenção de cuidados com a traqueostomia (limpeza, aspiração de secreção, avaliação da permeabilidade aérea, etc.).

Em casos de obstrução das vias aéreas da criança, existe na residência suporte de equipamento como o vácuo e o gás oxigênio (O₂) que é manejado apenas pela equipe de enfermagem. A equipe de enfermagem fica diariamente (em escala de 12 em 12 horas) com a criança no período de 12 horas do dia. As 12 horas da noite não há equipe de enfermagem na residência, ficando os cuidados ao encargo da mãe. A enfermeira responsável pela equipe realiza visitas uma vez por semana, ajustando o plano de cuidados. No entanto, não foi observado um documento específico para implementação e atualização da SAE, apenas formulários de Evolução de Enfermagem.

A equipe multiprofissional de atendimento domiciliar conta, além dos profissionais de enfermagem, com a visita do fonoaudiólogo (1 vez na semana), visita do médico (a cada 15 dias), fisioterapia respiratória e motora (1 vez ao dia). A ficha de acompanhamento (evolução) profissional é preenchida individualmente, sem muita integração nas ações.

É disponibilizada à família atendida os materiais que são utilizados pelo serviço

de *Home care*, por exemplo, fraldas, sonda de aspiração, luvas, gazes, água destilada e, até mesmo, a dieta (leite) que a criança utiliza. Todo material recebido pela família é registrado pelos profissionais de enfermagem, junto a folha de evolução.

Os cuidados básicos da criança (banho, alimentação, etc.), fica sob a responsabilidade da mãe, que permanece com a criança 24 horas por dia, apresentando dificuldade de sair de casa, por não ter outro familiar com quem revezar nessa tarefa. Para a *Home care* é necessária a permanência de um adulto responsável durante todo o período de utilização do serviço no domicílio. O pai trabalha o dia todo e os demais familiares não possuem vínculo com a criança, sobrecarregando a mãe.

Notou-se, um certo isolamento da família, devido conflitos familiares e acrescido pela necessidade de maior permanência em casa. A família reconhece que a assistência domiciliar prestada à criança é de grande importância devido ao uso da traqueostomia, porém, foi nítido o cansaço da mãe ao se sentir “obrigada” a ficar em casa durante todo esse período. Pesar das inúmeras vantagens do serviço, sob o ponto de vista social e de desenvolvimento, tem se mostrado um fator de grandes repercussões sociais, sobretudo, para a família.

Portanto, no diagnóstico de risco de tensão do papel do cuidador fica evidente a suscetibilidade a dificuldade para atender a responsabilidades, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à criança que pode comprometer a saúde, principalmente da mãe. As exigências, cobranças, sobrecargas, estresses, atingem diretamente o cuidador familiar principal, a mulher, que pode ter seus potenciais para o cuidado da criança exauridos pela intensa demanda diária, bem como, omitir-se do autocuidado (cuidar de si mesma) (CRUZ, 2019).

A rotina de cuidados diários, especialmente em condições crônicas na infância, é um fator importante que pode gerar tensão e apreensão nos cuidadores. Um dos aspectos críticos que se destaca é o conflito familiar, por caracterizar a falta de apoio social, assim como a escassez de recursos financeiros. A mãe da criança se vê sobrecarregada e isso pode acarretar em problemas de saúde – mentais e físicos (CRUZ, 2019; SILVA; SANTANA, 2014).

Pelo fato de a mãe permanecer muito tempo junto aos profissionais de saúde e participar dos cuidados domiciliar da filha, a mesma possui um conhecimento prático (adquirido no cotidiano) que a torna capaz de prestar certos cuidados específicos (troca de cadarço, limpeza da traqueostomia, nebulização, etc.). No entanto, é preciso ter bem definido o papel da enfermagem no contexto do cuidado familiar para que não sobre-responsabilize os pais em atividades que são compartilhadas com a equipe de enfermagem e para que não haja equívocos com relação à delegação inapropriada de atividades privativas do enfermeiro/enfermagem aos pais/familiares (CRUZ, 2019).

5 | CONCLUSÃO

Ao realizar esta pesquisa, evidenciou-se que a assistência à criança com microcefalia por zika vírus é um campo fértil e profícuo para estudos científicos, sobretudo com relação ao Processo de Enfermagem. No contexto do cuidado domiciliar a proposta de tratamento adequado para cada caso clínico vem crescendo com o avanço das diversas tecnologias para o cuidar (interdisciplinaridade, equipamentos mais avançados para suporte domiciliar, competência clínica multidisciplinar, etc.).

Contudo, neste contexto específico, foi evidenciado que o papel de cuidador principal não é da enfermagem e sim o desempenhado pela mãe, que conta com o serviço domiciliar apenas como suporte para situações mais emergenciais e para cuidados mais complexos com a criança. Acredita-se que o serviço domiciliar precisa ser melhor articulado para atender as demandas mais amplas da família, abarcando a integração com outros serviços sociais, como: educação, assistência social e atendimento de psicologia, para prover um cuidado familiar integral e humanizado.

As taxonomias se mostraram relevantes para a ampliação das demandas/necessidades/prioridades familiares, proporcionando planejamento e padronização das ações profissionais na enfermagem. Portanto, as condutas ao serem consideradas e conduzidas no ambiente de cuidado domiciliar tornaram-se mais abrangentes e condizentes, promovendo maior qualidade da assistência. Nesse sentido, as teorias de enfermagem foram fundamentais para balizar uma prática profissional de enfermagem com evidência científica, além de aprimorar, organizar e sistematizar o cuidado prestado à criança/família. Por fim, as teorias utilizadas neste estudo de caso apresentaram-se de grande aplicabilidade, devido a sua efetividade e acurácia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M., *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Jan- Fev, v. 70, p. 210 – 219. 2017.

ARAÚJO, M. D., *et. al.* Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. **Cad. UnisuamPesqui. Ext.** v. 4, n. 2, p. 11-12. Rio de Janeiro, 2014.

CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

CLASSIFICAÇÕES DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC): mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358 de 15/10/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 15/03/2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 557 de 23/08/2017. Normatiza a atuação

da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html. Acesso em: 15/03/2019.

CRUZ, R.S.B.L.C. *et al.* Protocolos de atenção pré-natal à gestante com infecção por Zika e crianças com microcefalia: justificativa de abordagem nutricional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 16, p. 103-110, 2016.

CRUZ, G.V. S. F. “**Microcefalia não é o fim**”: experiência de famílias no contexto da condição crônica. Tese de Doutorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2019. 198p.

DOMINGOS, A; VERISSÍMO, D. Cuidados de Enfermagem à Pessoa com deglutição comprometida. **Ordem dos Enfermeiros** (Portugal); 2014.

EICKMANN, S. *et al.* Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Caderno Saúde Pública**, v.32, n.7 Rio de Janeiro 2016.

HOCKENBERRY, MJ; WILSON, D; WONG, **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

HORTA, W.A. **Enfermagem**: teoria, conceitos, princípios e processo. Rev. Esc. Enf. USR. v.5, n.1, p. 7-1.1974.

LAGNI, V. B, *et al.* **Laboratório de Inovações em Atenção Domiciliar**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição (Programa de Atenção Domiciliar). Grupo Hospitalar Conceição, 2013.

LUZIA, M .F.; VICTOR, M. A.G.; LUCENA, A. F. Diagnóstico de enfermagem risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** março – abril, n. 22, v. 2, p. 262-8; 2014.

MELLO, A. L.; BACKES, D. S.; BEN, L. W. D. Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar- Home Care. **Enferm. Foco**. v. 7, n. 1, p. 66-70. 2016.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2018- 2020. 11 ed.

PIMENTA, M. *et al.* Virus Zika e gravidez. **Acta ObsetGinecolPort**, Coimbra, v. 10, n.2, p. 92-94, junho. 2016.

RICHNER, J. M, *et al.* As vacinas modificadas de mRNA protegem contra infecção pelo vírus Zika. **Cell**, v 168, ed. 6, p. 1114-1125. Março de 2017.

SANTOS, J. A.; *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na visão de enfermeiros. **Revista CuidArte Enfermagem**. v. 9, n. 02, p. 142-147. 2015.

SILVA, R. M. F. M.; SANTANA, R. F. Diagnóstico de enfermagem “tensão do papel de cuidador”: revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatria**. Gerontologia. Rio de Janeiro; 17(4): 887-896. 2014.

SOUSA, C.A, *et al.* Zika vírus: conhecimentos, percepções, e práticas de cuidados de gestantes infectadas. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-8. 2018.

RISCO NA SAÚDE OCUPACIONAL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

Data de aceite: 31/03/2020

Marli Aparecida Rocha de Souza

Doutoranda pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-Pr. Brasil.

Bianca Gemin Ribas

Enfermeira. Centro Universitário Dom Bosco (UNIDBSCO). Curitiba-Pr. Brasil.

Andrey Zolotoresky Alves

Enfermeiro. Centro Universitário Dom Bosco (UNIDBSCO). Curitiba-Pr. Brasil.

Rucieli Maria Moreira Toniolo

Doutoranda pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-Pr. Brasil.

RESUMO: Objetivo: Identificar os principais determinantes que estão relacionados ao agravo da saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem em uma central de material esterilizado. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado em uma instituição privada na região Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada 21 participantes, por meio de um instrumento semiestruturado e o processamento de dados deu-se com o uso do *software IRAMUTEQ*. **Resultados:** Emergiram 06 classes: Classe 1- Conhecimento da utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); Classe 2- Higienização dos materiais dentro da CME; Classe 3- Educação

Continuada no âmbito da CME; Classe 4- Conhecimento do fluxograma na ocorrência de acidente de trabalho; Classe 5 - Fatores de risco na saúde ocupacional; Classe 6 - Categoria profissional, tempo de profissão, escala de trabalho e a relação com os agravos na saúde ocupacional. **Conclusão:** A atividade diária dos profissionais na CME deve ser permeada por educação continuada frente ao uso diário e necessários dos EPIs, independe do tempo ou experiência desses profissionais, tendo em vista os fatores de risco associados à sua função.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Enfermagem; Prevenção de acidentes.

OCCUPATIONAL HEALTH RISK OF THE NURSING PROFESSIONAL OF A STERILE MATERIAL CENTER

ABSTRACT: Objective: To identify the main determinants that are related to the aggravation of the occupational health of nursing professionals in a sterile material center. **Method:** This is a qualitative, descriptive study, carried out in a private institution in the southern region of Brazil. The data collection was carried out by 21 participants, using a semi-structured instrument and the data processing took place using the *IRAMUTEQ* software. **Results:** Six classes emerged: Class 1- Knowledge of the

use of personal protective equipment (PPE); Class 2- Cleaning of materials within the CME; Class 3- Continuing Education within the scope of CME; Class 4- Knowledge of the flowchart in the event of an accident at work; Class 5 - Risk factors in occupational health; Class 6 - Professional category, length of profession, work schedule and the relationship with occupational health problems. **Conclusion:** The daily activity of professionals in the CME should be permeated by continuing education regarding the daily and necessary use of PPE, regardless of the time or experience of these professionals, in view of the risk factors associated with their function.

KEYWORDS: Occupational Health; Medical-surgical nursing; Accident prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico, destinada à esterilização de artigos médico-hospitalares e não somente esterilização, limpeza, preparo e acondicionamento desses artigos.¹ E a partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 307 de 14 de novembro de 2002, passou a ser considerada como área crítica, por ser um ambiente em que realizam procedimentos de risco². Onde ao longo dos anos, foi necessário aprimoramento de técnicas e processos, o que gerou a necessidade de pessoal capacitado para manipulação e execução de tais tarefas³.

Deste modo, a saúde ocupacional do profissional de enfermagem que atua na central de material esterilizado, é considerada um aspecto importante no quesito segurança profissional. Tendo em vista que a implementação de novas tecnologias, condições ergonômicas, demanda de trabalho e o não uso adequado de equipamentos de proteção individual, geram exposição de riscos ocupacionais à saúde do trabalhador⁴.

Para essa prevenção foi instituída pela agência nacional de vigilância sanitária a RDC nº15, que preconiza a todo e qualquer trabalhador de central de material esterilizado, utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) de acordo com o risco ao qual se expõe⁵. Nos últimos anos, foram registrados 24,3% de acidentalidade relacionadas ao exercício da profissão de enfermagem⁶.

O número de doenças referente a saúde do trabalhador registradas na região Sul no ano de 2010 para 2011, teve uma redução onde o percentual de adoecimento ocupacional diminuiu 12,1%, já ocorrências típicas tiveram um acréscimo de 1,4%, passando de 417.295 registros em 2010, para 423.167 em 2011⁶. O monitoramento desses agravos permite ao gestor o conhecimento sobre os riscos a que esses trabalhadores são expostos, e assim buscar meios para implantação de programas e capacitações que foquem a segurança no trabalho⁷.

Fato, que justifica a realização dessa pesquisa, na busca em identificar quais

os principais determinantes que estão relacionados ao agravo da saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, em uma central de material esterilizado. Para tanto, tem-se como objetivo de pesquisa: Quais os principais determinantes que estão relacionados com o agravo da saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem dentro de uma central de material esterilizado.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, realizado em uma instituição privada na região Sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada com 17 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros, totalizando 21 participantes. Com critérios de inclusão; profissionais atuantes na CME há mais de seis meses, acima de 18 anos de idade, independente do sexo. E exclusão: atuação no setor em coberturas de folgas ou férias e profissionais em afastamento. As entrevistas foram realizadas por meio de um instrumento semi-estruturado, tempo médio de 15 minutos, gravadas com permissão do participante, e em ambiente reservado como garantia de privacidade.

Após as transcrições e confecção do corpus, este foi enviado para processamento de dados com apoio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). E, que é livre e ancorado do *Software* R, desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009, utilizado em pesquisa qualitativa. Possui diferentes formas de análise de dados textuais. A utilizada nesta pesquisa foi o CHD (Classificação Hierárquica Descendente) ⁸⁻⁹. Esse *software* promove o processamento de dados, porém a análise é de total responsabilidade do pesquisador que busca nesta, a associação do resultado com seu material de pesquisa.

Para a análise utilizou-se os seis passos de sua proposta referente à pesquisa qualitativa que são: 1. Organizar e preparar os dados para a análise; 2. Ler todos os dados e iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação; 3. Iniciar uma análise detalhada pelo processo de codificação; 4. Usar o processo de codificação para descrever o cenário ou as pessoas e as categorias ou temas para análise; 5. Informar como a descrição e os temas serão representados na narrativa qualitativa; Passo 6. Extrair significado dos dados ⁹.

Esta pesquisa foi realizada seguindo as normas da resolução nº_466/2012, aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Dom Bosco, sob o número de registro nº 1.771.589 e iniciado após assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde a garantia do sigilo ético a cada participante foram mantidos com a utilização de códigos nas respostas.

3 | RESULTADO

O dendograma a seguir foi fornecido pelo *software* por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e indicou a relação entre as palavras analisadas referente à quantidade de vezes em que as palavras são citadas nos segmentos de textos (ST). Como critério de análise, optou-se pela utilização das palavras que apresentaram um qui-quadrado (χ^2) maior que 3,84 e um $p < 0,0001$, por determinar a força de ligação entre elas e representadas na figura 1.

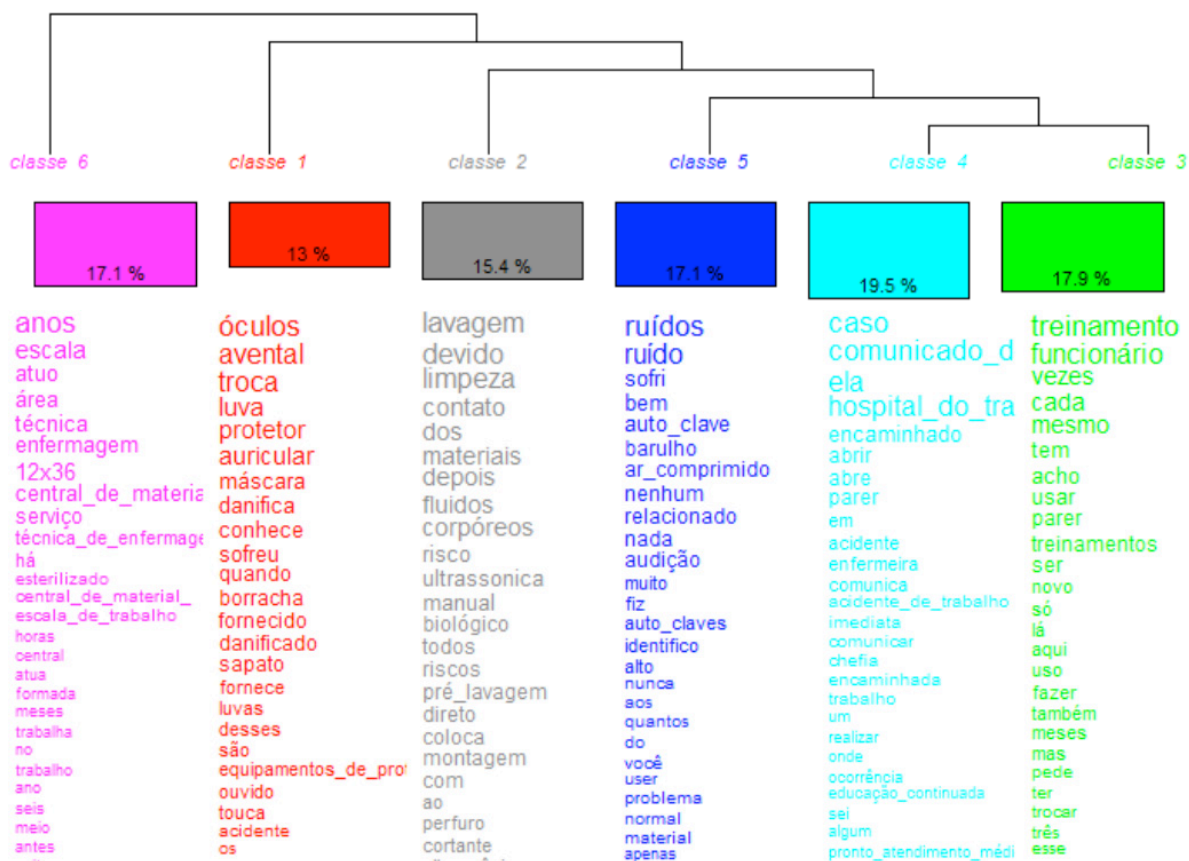


Figura 1. Dendograma das classes fornecido pelo software IRAMUTEQ. Curitiba (PR), Brasil, 2016.

Abaixo outra forma disponibilizada pelo sistema e também estabelece uma relação entre as palavras que foram processadas pelo *software*. Algumas palavras apresentadas no dendograma foram analisadas simultaneamente, por fazerem parte de um mesmo contexto ou UCE e apresentaram o mesmo sentido, apesar de processadas separadamente pelo sistema (Figura 2).

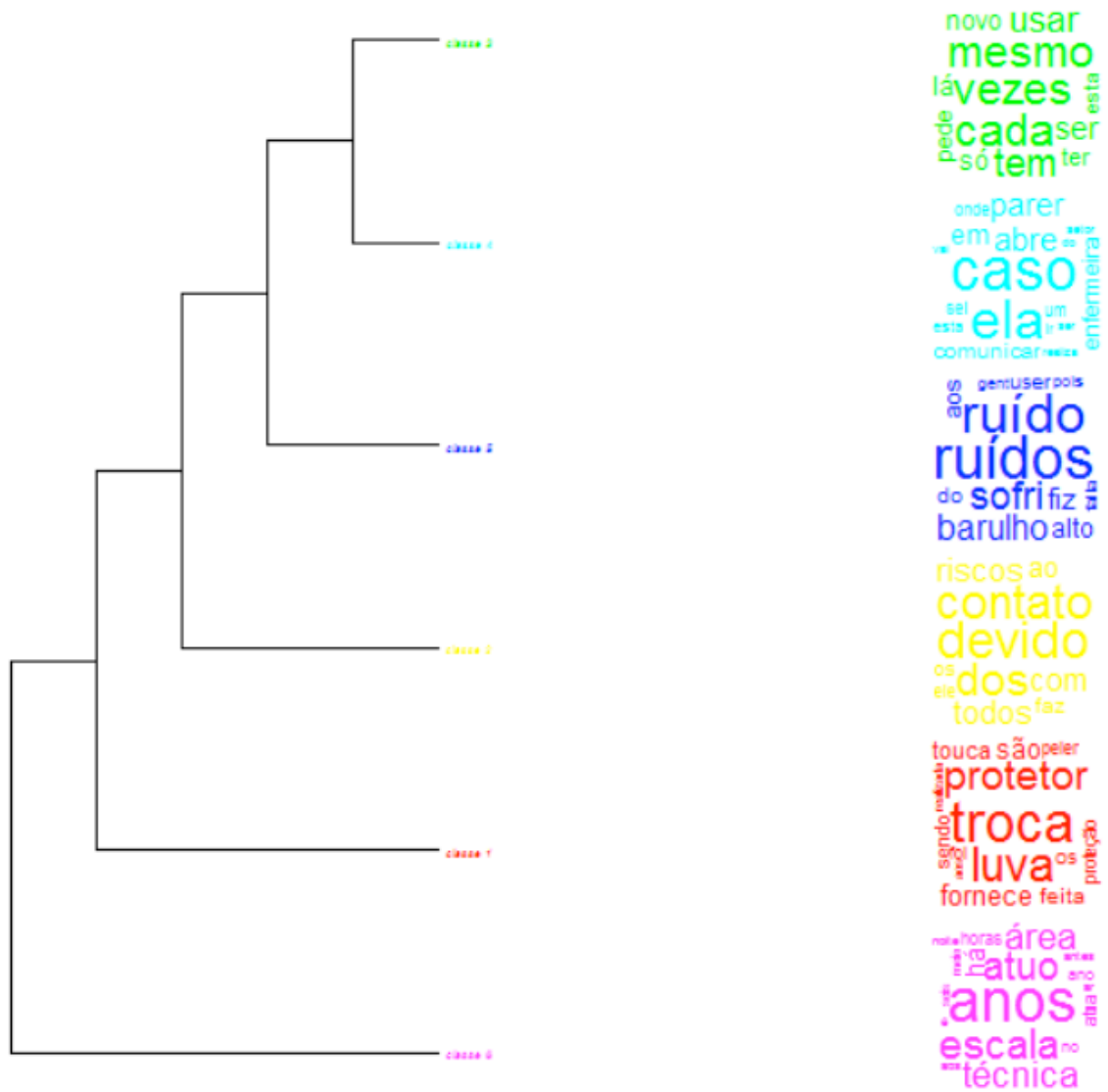


Figura 2. Dendograma das classes fornecido pelo software IRAMUTEQ. Curitiba (PR), Brasil, 2016.

Da relação dos resultados das palavras dispostas pelo dendograma, material de pesquisa e relação com a literatura emergiram seis classes que são: Classe 1- Conhecimento a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); Classe 2- Higienização dos materiais dentro da CME; Classe 3- Educação Continuada no âmbito da CME; Classe 4- Conhecimento do fluxograma na ocorrência de acidente de trabalho; Classe 5 - Fatores de risco na saúde ocupacional; Classe 6 - Categoria profissional, tempo de profissão, escala de trabalho e a relação com os agravos na saúde ocupacional.

4 | DISCUSSÃO

A descrição de cada classe foi realizada conforme os dendogramas acima apresentados e as respectivas palavras dispostas pelo sistema, com maior associação entre as palavras e a interligação entre as classes.

Classe 1- Referenciada como: conhecimento e utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI).

Construída com base em relatos referente à adesão, conhecimento, fornecimentos dos EPIs, validade e a ocorrência de acidentes de trabalho ao não uso dos mesmos. As palavras em destaque foram: óculos, avental, troca, luva, protetor auricular, máscara, danifica, conhece, sofreu, borracha, sapato, fornece, equipamentos de proteção individual, ouvido, touca, acidente, nunca. Relacionadas ao uso de EPIs preconizados pela instituição e condizentes com os equipamentos que fazem parte da prática profissional classificados como: máscaras; óculos, luvas, avental e gorro, o que demonstra o conhecimento sobre esses equipamentos como exposto:

“Quanto aos equipamentos de proteção individual, são a concha auricular, óculos, luvas, luva de borracha, avental, a luva térmica. Quem fornece os equipamentos de proteção individual para nos é o serviço especializado em engenharia de segurança e em medicina do trabalho. ”

Porém quanto a troca deve-se levar em conta as condições ambientais em que serão utilizados, exposição a agentes químicos, local para armazenamento e a forma de utilização, conforme descrito no quadro 1.

MATERIAL	TROCA
Luva	Variável
Avental	12 meses
Sapato	9 meses
Óculos	12 meses
Protetor auditivo	8 meses
Touca	Variável
Máscara	Variável
Luva de Borracha	6 meses

Quadro 1. Padronização do Tempo de Troca dos Epi's

Fonte: Manual do Trabalho Seguro. São Paulo (2014).

Evidenciado pelas palavras dispostas a seguir, que os EPI são trocados quando: danificado, extraviado, sem condições de uso e identificados nas falas:

“Conhece todos os equipamentos, sendo óculos, jaleco, sapato, fornecido pela segurança do trabalho, a troca desses materiais é feita quando danifica” (A14).

Palavras como: sofreu, nunca, acidente de trabalho, se referem a eventuais acidentes de trabalho sofridos durante atuação, e nesta pesquisa destacado mesmo

na utilização de protocolos e rotinas estabelecidas como:

“Já sofri acidente de trabalho com perfuro cortante seguindo todos os protocolos (A11).

A falta de adesão ao uso dos EPIs ou de uma política voltada a promoção da segurança, pode resultar em prejuízos afetando as relações psicossociais, familiares e de trabalho, pois contribui para que os acidentes de trabalho ocorram¹⁰. Fato que implica na gestão do serviço, pois promove afastamento de pequeno ou longo prazo.¹¹

Classe 2 - Referenciada como: Higienização dos materiais dentro da CME. Identificado que as palavras com maior associação estiveram relacionadas ao processo do fluxo dos materiais utilizados. Desde a lavagem na área crítica, ao processo de montagem na área semicrítica, observou-se a exposição dos entrevistados durante este processo.

As palavras: lavagem, pré-lavagem, limpeza, materiais, manual, ultrassônica e contato, tiveram significância em relação ao processo de limpeza dos materiais, seguindo etapas preconizadas pela norma NR nº15. E que são de conhecimento dos funcionários e evidenciado em falas como:

“Referente à lavagem dos materiais eles saem da sala vão para o expurgo, lá eles são lavados, passados na ultrassônica, secado e encaminhado para a montagem. Uso todos os equipamentos de proteção individual porque é minha segurança que está em jogo” (A16).

Os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza, dentro do próprio CME do serviço de saúde ou na empresa processadora, antes de sua desinfecção ou esterilização⁵.

As palavras: risco, biológico, fluidos, corpóreos, perfuro, cortante, estão relacionados à exposição durante o manuseio dos materiais no processo de limpeza e montagem. Uma importante fonte de contaminação, refere-se ao contato direto com fluidos corpóreos durante a realização de procedimentos invasivos ou através da manipulação de artigos, roupas, lixo e até mesmo das superfícies contaminadas¹². Fato identificado pelos profissionais, visto que conhecem a forma de proteção em relação aos riscos de exposição, como segue:

“Devido ao contato direto com fluidos corpóreos utilizo a proteção, uso os equipamentos de proteção individual, quando em risco de contaminação, risco biológico, risco de perfuro cortante, queimaduras nas autoclaves” (A4).

Para sua prevenção a educação permanente deve ser vista como política voltada ao desenvolvimento de competências nos processos de capacitação. E atuação voltada em promover nesses profissionais, a importância do uso correto e adequado dos EPIs, o que contribui não somente na identificação dos riscos relacionados ao trabalho, mas nos equipamentos necessários a promover a redução de acidentes e

como consequência a melhora da saúde do trabalhador nesse ambiente¹³⁻¹⁴.

Classe 3 - Referenciado como: Educação Continuada no âmbito da CME. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação¹⁴. O desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos, por meio da educação permanente promove a qualificação e a gestão em saúde¹²⁻¹⁴.

Nesta classe, a palavra treinamento indica a existência de (EP) na instituição pesquisada e apesar de analisado que os profissionais têm o conhecimento da existência deste setor no ambiente de trabalho, não o vêem como atuante em treinamentos ou capacitações:

“Quanto a treinamentos até agora eu só vi no primeiro dia de trabalho uma palestra explicando a rotina do hospital, mas quanto aqui dentro do setor eu nunca tive” (A20).

A Educação Continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde, e que busca proporcionar ao indivíduo, a aquisição de conhecimentos para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social¹⁴.

Classe 4 Referenciada, como: Conhecimento do fluxograma na ocorrência de acidente de trabalho. Preconizado pelo ministério da saúde que em casos de acidentes de trabalho e haja exposição a materiais biológicos. As instituições de saúde devem disponibilizar protocolos escritos e fluxograma de atendimento, tratamento e realize a notificação do caso, e salienta a importância de ser tratada como emergência médica, tendo em vista que acidentes com fluidos biológicos acarretam inúmeros riscos, sendo o atendimento imediato o mais adequado¹⁵.

Observado que as palavras que tiveram maior associação estavam relacionadas ao fluxograma preconizado pela instituição, em caso de acidente de trabalho com o colaborador. Tais como: comunicado de acidente de trabalho, hospital do trabalhador, encaminhado, abrir, acidente, enfermeira e comunica, indicam a falta do conhecimento no fluxo começo, meio e fim pela equipe.

Apesar do fluxo estabelecido e protocolos do Ministério da saúde para tal atendimento de forma rápida e segura, identificado divergências de informações na padronização e forma de encaminhamento:

“Em caso de acidente de trabalho abrir o comunicado de acidente de trabalho, consulta no pronto atendimento, ai é encaminhado para o hospital do trabalhador” (A11).

A falta de conhecimento adequado quanto ao fluxograma e direcionamento nos casos de acidentes, acarreta diretamente na ausência da notificação dos acidentes,

o que reduz a ciência dos casos, prejudicando a retroalimentação da informação para uma educação voltada à prevenção.

Classe 5 - Referenciada como: Fatores de risco na saúde ocupacional. Os mais comuns associados ao risco ocupacional são ruídos excessivos das autoclaves e ar comprimido. Além de manuseio sem cautela de materiais perfuro cortantes, ou equipamentos com possibilidade de prensar dedos ou mãos, transporte manual de caixas de materiais cirúrgicos pesadas para ciclos de esterilização, posicionamento ergonômico inadequado durante as atividades, e sobrecarga da jornada dupla de trabalho ¹⁷.

As palavras: ruídos (ruído), autoclave, barulho e ar comprimido, significou os agentes de risco mais comuns relatados pelos participantes, como forma de prejuízo em sua saúde. As palavras: sofri, bem e nenhum foram analisadas em conjunto, visto que estavam vinculados a falas de descrição dos danos adquiridos ou não.

Conforme análise, a maioria dos entrevistados não relataram nenhum tipo de doença ocupacional relacionados à exposição de riscos de nenhuma natureza, tendo em vista que afirmam o uso de EPIs durante sua rotina diária, mas alguns sugerem ser o barulho, uma fonte de estresse como segue:

“Quantos aos ruídos dentro da Central de material esterilizado ali onde a gente fica embalando o material eu acho que não deveria ficar junto com as autoclaves, o ruído ali é bem alto. Não acho que me prejudique assim só estressa a gente no final do dia, você está meio estressado por causa do barulho, mas não senti nenhum problema de audição” (A13).

O uso de equipamento de proteção individual mostrou-se o principal determinante para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho nesta pesquisa. Entretanto, evidenciado manifestação de sintomas primários de desgaste ocupacional relacionados à exposição destes agentes, tais como:

“Quantos aos ruídos no meu setor são, o barulho das autoclaves, me causam zumbido a noite” (A1).

Setores onde os profissionais expostos a altos níveis de estresse geram uma maior predisposição à riscos relacionados a exposição biológica, e agravos a saúde do trabalhador, associados com a não regularidade no uso de EPI.¹⁸ Verificou-se em alguns relatos, que os entrevistados não fazem o uso adequado e se expõe aos riscos como se nesta fala:

“Tem também o risco das autoclaves que se não usar a luva queima, às vezes até a gente por teimosia trabalha sem a luva e acaba se queimando” (A17).

O que demonstra a importância do processo de educação contínua acerca da utilização dos EPIs durante a prática profissional, e permanente para a conscientização quanto ao seu papel de construção em sua formação.¹⁹

Classe 6 -Referenciado como: Categoria profissional, tempo de profissão,

escala de trabalho e a relação com os agravos na saúde ocupacional. Constatou-se que as palavras de maior associação estavam relacionadas a categoria profissional dos entrevistados, seu tempo de atuação e escala de trabalho.

As palavras: anos e atuam, indicam esse tempo de atuação na assistência de enfermagem e o termo técnico de enfermagem a categoria profissional da maioria dos entrevistados na instituição. Escala de trabalho e 12x36, indicam que as suas horas semanais estão de acordo com o que é preconizado pelas leis trabalhistas. E central de material esterilizado, indica sua área de atuação.

Nesta categoria, observou-se que dos 21 entrevistados 85,7 % dos profissionais se encaixavam na categoria técnico de enfermagem, enquanto apenas 14,3 % pertencem à classe de enfermeiros. A dupla jornada de trabalho dos profissionais da enfermagem, e elevação do desgaste físico e emocional dos trabalhadores, aumentam as probabilidades de erros durante o exercício profissional e que pode ocasionar acidentes de trabalho¹⁵. Identificado essa dupla jornada, como prática da equipe:

“Trabalho aqui na instituição há 2 meses e trabalho em central de material esterilizado há 12 anos. Trabalho a noite em outro hospital e aqui de manhã, escala de trabalho é 12x36”. (A20).

A escala de folga da enfermagem é um assunto que gera muita insatisfação aos profissionais. Isso se dá pelo desejo em passar os finais de semana de folga, o que não é possível dentro desta classe profissional. O colaborador que harmoniza vida pessoal e seu ofício, desenvolve suas competências de maneira mais qualitativa, resultando na minimização aos agentes contribuintes aos acidentes de trabalho.

Outro aspecto, foi o tempo de atuação dos entrevistados na CME, boa parte dos colaboradores eram novos na instituição e na atividade do CME, por esse motivo desconheciam rotinas, fluxos e prevenções. Os que já trabalham a mais tempo na área, apresentam bagagem extra na condução das atividades.¹⁷

“Eu quando sai do outro hospital fiz exame de audição e estava bem prejudicada, se falar baixo não escuto, devido à falta de equipamento de proteção individual, eu assumo que foi erro meu, na correria deixa de lado de usar, eu deixei de lado e danificou a minha saúde” (A2).

Apesar da ocorrência de acidentes de trabalho ser maior em profissionais com menos tempo de experiência na área, existem profissionais mais experientes, que não conseguem abandonar hábitos adquiridos, o que pode gerar negligência na rotina diária. Apesar de conhecerem os riscos e os equipamentos, ainda se expõem aos riscos por excesso de confiança devido ao tempo em que exercem a profissão.

4,17

à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais no setor.

A mesma classe 3 com a 4 “ Conhecimento do fluxograma na ocorrência de acidentes de trabalho”, se entrelaçam e revela que parte das entrevistadas conhecem parcialmente o fluxo, nos casos de acidente de trabalho, o que pode gerar falhas nos encaminhamentos aos hospitais de referência e imediato atendimento. Em relação a classe 5, “Fatores de risco na saúde ocupacional” e a 6 “ categoria profissional, tempo de profissão e escala de trabalho e a relação com os agravos na saúde ocupacional” se inter-relacionam moderadamente.

Neste contexto, apesar do conhecimento acerca dos EPIs e sua utilização, este deve ser tema contínuo nas atualizações, pois apesar da maioria relatar uso de EPIs, foi evidenciado que o não conhecimento a respeito de sua validade, se enquadra como um fator de risco a doenças ocupacionais e acidentes de trabalho.

Percebe-se então que a Educação Continuada é um fator de extrema relevância nas instituições, visto que, as grandes mudanças ocorrem no mundo do trabalho, como também a constante evolução tecnológica.

REFERÊNCIAS

1. GIL, Rosineide Feres, et al. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. **Texto e Contexto – Enfermagem**, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400008&lng=en.%20%20http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400008>. Acesso em: 10 de ago. de 2016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002**. Brasília, 2002.
3. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – **Rev SOBECC**, 2013. Práticas recomendadas da SOBECC. 5. ed. São Paulo.
4. ARARUNA, Andréa Borges, et al. Centro de material de esterilização: parâmetros espaciais e riscos físicos. **Rev Sobecc**, 2014. Disponível em: <http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/site_sobecc_v19n3/05_sobecc.pdf>. Acesso em: 14 de ago. de 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada n. 15, de 15 de março de 201**. Diário Oficial da República Federativa da União, Brasília, 19 de mar. 2012.
6. SOARES, Jorgana Fernanda Souza de. **Incidência acumulativa anual de acidentes de trabalho não fatais, estimativas nacionais para o Brasil**. Tese (Tese Pós Graduação) - Universidade Federal da Bahia, 2012.
7. CAMARGO, Brigido Bizeu. JUSTO, Ana Maria. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 15 de out. de 2015.
8. CAMARGO, Brigido Bizeu. JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Bvsalud**, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 15 de nov. de 2016.

9. CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
10. ALVARENGA, Rúbia Zanotelli. MARCHIORI, Flávia Moreira. **Saúde Mental e qualidade de vida no trabalho**. Juslaboris, 2013. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/94956/2014_alvarenga_rubia_saude_mental.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 de out. de 2016.
11. ESPINDOLA, Marcia Cristina Guimarães, et al Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. **Revista Gaúcha**, 2012. Disponível em:<<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/18636/17007>>. Acesso em: 14 de ago. de 2016.
12. STRANGANELLI, Nathanye Crystal, et al. A utilização de equipamentos de proteção individual entre trabalhadores de enfermagem de um hospital público. **Cogitare Enfermagem**, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40118>>. Acesso em: 10 de set. de 2016.
13. OLIVEIRA, Adriana Cristina de, et al. Acidente de trabalho com material biológico: Análise da ocorrência e do registro. **Researchgate**,2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Adriana_Oliveira7/publication/270954233_acidente_de_trabalho_com_material_biologico_analise_da_ocorrencia_e_do_registro/links/572937c808aef7c7e2c0d196.pdf>. Acesso em: 17 de set. de 2016.
14. LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 de set. de 2016.
15. ARAÚJO, Lara Oliveira, et al. O papel da enfermagem na educação continuada do centro de material e esterilização. **Rev. Saúde**. 2016; Disponível: em:;<<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2544>>. Acesso em: 17 de ago. de 2016.
16. LUIZE, Paula Batista, et al. Procedures after exposure to biological material in a specialized cancer hospital. **Texto & contexto enferm**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00170.pdf>. Acesso em: 14 de set. de 2016.
17. SALVAGNI, Caroline, et al. Ruído na área de recepção e limpeza de produtos para saúde de um centro de material e esterilização. **Rev. SOBECC**. Disponível em: <<http://www.sobecc.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/157-162.pdf>>. Acesso em: 22 de set. de 2016.
18. BEZERRA, Francimar Nipo, et al. Occupational stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature. **Acta Paul. Enferm**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_24.pdf>. Acesso em: 28 de set. de 2016.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA MULHER QUE CONVIVE COM OSTEOARTROSE: ESTUDO DE CASO

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 12/02/2020

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4007747131891701>

Carla Andréa Silva Souza

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0419513230591117>

Alécia Hercídia Araújo

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9692549246001023>

Raquel Linhares Sampaio

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/8377297968604127>

Maria Lucilândia de Sousa

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9304286001341489>

Maria Isabel Caetano da Silva

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7629798958563392>

Vitória de Oliveira Cavalcante

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9886939477371878>

Camila da Silva Pereira

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3065420261521980>

Nadilânia Oliveira da Silva

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6503336862624219>

Antônia Elizângela Alves Moreira

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1919288388187384>

Raul Roriston Gomes da Silva

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4019220983525994>

Gleice Adriana Araujo Gonçalves

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Crato-Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5126792627064597>

RESUMO: O objetivo deste estudo é aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a uma mulher com osteoartrose diagnosticada há seis anos. Trata-se de um estudo de caso, realizado no domicílio da paciente em uma cidade do estado de Pernambuco no mês de maio de 2019. O sujeito

do estudo é uma mulher com diagnóstico de osteoartrose e em tratamento. Os dados foram coletados através da anamnese, exame físico e análise de exames laboratoriais. A partir dos dados colhidos, baseando-se nas necessidades humanas básicas, elaborou-se diagnósticos com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem, no referencial da NANDA-I, Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) e Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Os principais diagnósticos de enfermagem foram: Conforto prejudicado relacionado ao controle situacional insuficiente evidenciado pela alteração no padrão de sono e incapacidade de relaxar; Dor crônica relacionada a agente lesivo e manuseio repetido de cargas pesadas evidenciada por alteração da capacidade de continuar atividades prévias e alteração no padrão de sono; Mobilidade física prejudicada relacionada a dor e rigidez articular evidenciado por desconforto, dispneia ao esforço, redução na amplitude de movimentos e redução nas habilidades motoras grossas. Diante dos diagnósticos levantados, espera-se os seguintes resultados: Repouso, Controle da dor e Mobilidade. Com isso, sugeriu-se as seguintes intervenções: Criar um ambiente calmo e sem interrupções, com iluminação difusa e temperatura confortável; assegurar que a paciente receba cuidados precisos de analgesia; determinar as limitações do movimento articular e o efeito sobre o funcionamento. Dado isso, a aplicação da SAE nesse estudo possibilitou a realização de orientações e cuidados específicos, proporcionando a assistência de enfermagem holística diante dos aspectos biopsicossociais da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoartrose; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE TO A WOMAN LIVING WITH OSTEOARTHRISIS: CASE STUDY

ABSTRACT: The aim of this study is to apply the Nursing Care Systematization (NCS) to a woman with osteoarthritis diagnosed six years ago. This is a case study, conducted at the patient's home in a city in the state of Pernambuco in May 2019. The study subject is a woman diagnosed with osteoarthritis and undergoing treatment. Data were collected through anamnesis, physical examination and analysis of laboratory tests. Based on the data collected, based on basic human needs, diagnoses were elaborated based on the Systematization of Nursing Care, in the framework of NANDA-I, Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Interventions Classification (NIC). The main nursing diagnoses were: Impaired comfort related to insufficient situational control evidenced by changes in sleep patterns and inability to relax; Chronic pain related to the harmful agent and repeated handling of heavy loads evidenced by changes in the ability to continue previous activities and changes in sleep patterns; Impaired physical mobility related to joint pain and stiffness evidenced by discomfort, dyspnea on exertion, reduced range of motion and reduced gross motor skills. In view of the diagnoses raised, the following results are expected: Rest, Pain control and Mobility. Thus, the following interventions were suggested: Create a calm and uninterrupted environment, with diffused lighting and comfortable temperature; ensure that the patient receives

accurate analgesia care; determine the limitations of joint movement and the effect on functioning. Given this, the application of NCS in this study made it possible to carry out specific guidelines and care, providing holistic nursing care in the face of the.

KEYWORDS: Osteoarthritis; Nursing Process; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas estão entre aquelas mais predominantes no mundo. No Brasil, está entre as enfermidades reumáticas mais frequentes, representando 30 a 40% das consultas nos ambulatórios especializados. Os portadores apresentam como características incapacidade, dor e comprometimento funcional, acarretando, por sua vez, em impactos físicos e psicossociais, os quais implicam negativamente na qualidade de vida (ATAOGLU et al., 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2019).

A osteoartrose (OA), também referida como artrose ou osteoartrite é uma doença articular que acomete especialmente os quadris, joelhos, mãos e pés, apresentando como consequências a restrição e redução da qualidade de vida da população acima dos 55 anos de idade, tendo em vista a sua relação direta com o processo de envelhecimento (MATOS et al., 2019; PANCOTTE et al., 2017).

O tratamento consiste em terapia farmacológica e complementar. A combinação de ambas são mais indicadas e apresentam maior efetividade para o controle da doença. A busca por terapias complementares aumentou, existindo diversas explicações propostas para o aumento aparente desse número, entre elas, a insatisfação com o sistema de saúde, a ineficácia dos tratamentos convencionais, a tentativa de evitar efeitos colaterais de drogas e a prevenção (BEZERRA, 2017).

Diante do exposto, percebe-se que o enfermeiro tem papel crucial na implementação do cuidado a uma paciente com osteoartrose, buscando desenvolver intervenções e medidas preventivas através de atividades que diminuam os agravos oriundos da patologia em questão, ofertando uma assistência com qualidade, organizada, sistemática e eficaz.

Assim, o objetivo deste estudo foi aplicar a sistematização da assistência de enfermagem a uma mulher que convive com osteoartrose há seis anos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado no domicílio da paciente em uma cidade do interior do estado de Pernambuco. O presente estudo foi desenvolvido durante o mês de maio de 2019 durante as atividades da disciplina de Bases Teóricas e Metodológicas da Enfermagem. O sujeito do estudo foi uma mulher com diagnóstico de osteoartrose em tratamento há seis anos.

Os dados foram coletados mediante convívio familiar, através de uma entrevista semiestruturada guiada por um roteiro padronizado denominado como Histórico de Enfermagem, fundamentado e adaptado à Teoria do Autocuidado de Orem, o qual continha os dados de identificação, história clínica, exame físico e informações adicionais como as necessidades humanas básicas. Para subsidiar a pesquisa ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário da cliente tais como resultados de exames realizados e intercorrências durante a realização do tratamento.

A operacionalização da coleta de dados seguiu os seguintes passos do processo: realização do levantamento de dados através da entrevista; identificação dos diagnósticos de enfermagem; planejamento das ações de enfermagem através do sistema de apoio-educação; execução e avaliação das ações de enfermagem.

A fase posterior da pesquisa envolveu a análise das informações coletadas. Para se chegar aos diagnósticos, foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco determinados pelas taxonomias NANDA, NOC e NIC.

Foram resguardados neste estudo, os princípios éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS

3.1 Histórico do Paciente

G.F.M.J, sexo feminino, 54 anos, casada, técnica de enfermagem, natural da cidade de Terra Nova – Pernambuco, mãe de dois filhos, reside em casa própria. Foi diagnosticada com Osteoartrose há seis anos e relata dores ósseas. É acompanhada pelo médico reumatologista de uma Clínica de reumatologia das proximidades que reside. Desde o diagnóstico de artrose, sua qualidade de vida e trabalho foi comprometida, pois sente dores articulares constantemente, o que diminuiu sua disposição para trabalhar e a impossibilita de realizar algumas atividades de vida diária que requerem força e/ou esforço. Faz uso do medicamento Artrosil (lisinato de cetoprofeno 160 mg/2x ao dia), Alendronato de Sódio 70mg (1 vez na semana) e Xefo (lornoxicam 8 mg /1x ao dia). À consulta de enfermagem, foi realizado exame físico, pele hidratada, normocorada, afebril (T: 36°C), normotensa (PA: 110x70 mmHg), eupneica (FR: 16 irpm) e normocárdica (FC: 94 bpm); presença de edema de grau 1 nos MMII quando trabalha em regime de 24h. Aos exames complementares realizou Radiografia dos Joelhos em AP/Perfil com conclusão de osteófitos nas margens superiores da patela, além de Densitometria Osséa mostrando conclusão de diminuição da massa trabecular osséa a nível de coluna lombar e colo femural com desvio padrão, estabelecendo critério indicativo para tratamento preventivo.

Conduta de enfermagem: aplicar a sistematização da assistência de enfermagem.

3.2 Conduta Terapêutica

A terapia farmacológica utilizada pela paciente para o controle da osteoartrose inclui o Artrosil (Lisinato de Cetoprofeno) que possui atividade anti-inflamatória, analgésica e antipirética atuando na diminuição da dor, inflamação e febre principalmente nas articulações, músculos e tecidos moles, e o Xefo (Lornoxicam), o qual age reduzindo a inflamação e a dor. É válido ressaltar que ambos medicamentos estão sendo utilizados conforme prescrição médica.

3.3 Exame físico

Sinais vitais

PA: 110x70 mmHg

FR: 16 irpm

FC: 97 bpm

Temperatura Axilar: 36° C

Medidas Antropométricas

Peso: 65 Kg

Estatura: 1,65 m

IMC: 23,88 (Normal: entre 18,5 e 24,9)

Sistema neurológico

Paciente consciente, orientada, capaz de se relacionar consigo mesma e com o meio ambiente, utilizando da memória, do raciocínio, respondendo adequadamente a estímulos verbais. Com Escala de Glasgow 15.

Sistema respiratório

Tórax normal, eupneica, sem esforço respiratório, sem abaulamentos e cicatrizes, com expansibilidade preservada bilateralmente, murmúrios vesiculares presentes e ausência de ruídos adventícios.

Sistema cardiovascular

Ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. Ausência de turgência jugular patológica e batimentos normais na região cervical.

Sistema gastrointestinal

Abdome plano, flácido, indolor à palpação, ausência de cicatriz, movimentos peristálticos visíveis, com presença de ruídos hidroaéreos normoativos.

Exame físico dos membros

MMSS apresentaram-se normais; Presença de edema grau I nos MMII e nevos em alto relevo na superfície dorsal dos pés.

3.4 Sistematização da Assistência de Enfermagem

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma prática ou uma implantação usada para um planejamento, execução e avaliação do cuidado, fundamental para a melhora da qualidade e fluidez da assistência prestada, bem como para a organização da equipe de enfermagem (NASCIMENTO et al., 2018).

Assim, a partir de características definidoras e fatores relacionados à paciente que convive com osteoartrose, encontrados na avaliação de enfermagem do presente estudo de caso, foi aplicada a SAE. Os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem obtidos, estão descritos na tabela 1.

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Domínio 12: Conforto Classe 1: Conforto Físico Título: Conforto Prejudicado Conforto prejudicado relacionado ao controle situacional insuficiente evidenciado pela alteração no padrão de sono e incapacidade de relaxar.	Domínio: Saúde Funcional (I) Classe: Manutenção da Energia (A) Título: Repouso (0003) Definição: Quantidade e padrão da atividade diminuída para o rejuvenescimento mental e físico. Indicadores: 1. Quantidade do repouso; 2. Padrão do repouso; 3. Qualidade do repouso; 4. Fisicamente Descansado; 5. Aparência descansada;	Título: Terapia de Relaxamento (6040) Definição: Uso de técnicas de encorajamento e provocação de relaxamento para reduzir sinais e sintomas indesejados, como dor, tensão muscular ou ansiedade. Intervenções de Enfermagem: Dar uma descrição detalhada da intervenção escolhida para relaxar; Criar um ambiente calmo e sem interrupções, com iluminação difusa e temperatura confortável, sempre que possível; Provocar comportamentos que sejam condicionados a produzir relaxamento, como respiração profunda, bocejos, respiração abdominal ou imagens que trazem paz; Determinar se alguma intervenção relaxante no passado foi útil; Encorajar a repetição ou a prática frequente da técnica(s) escolhida(s); Usar o relaxamento como uma estratégia auxiliar da medicação para a dor, ou junto de outras medidas, conforme apropriado; Avaliar e documentar a resposta à terapia de relaxamento.

<p>Domínio 12: Conforto Classe 1: Conforto Físico Título: Dor Crônica Dor crônica relacionada a agente lesivo e manuseio repetido de cargas pesadas evidenciada por alteração da capacidade de continuar atividades prévias e alteração no padrão de sono.</p>	<p>Domínio: Conhecimento e Comportamento de Saúde (IV) Classe: Comportamento de Saúde (Q) Título: Controle da dor (1605) Definição: Ações pessoais para controlar a dor. Indicadores: - Uso de medidas preventivas; - Uso de medidas de alívio não analgésico; .</p>	<p>Título: Controle da dor (1400) Definição: Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente. Intervenções de Enfermagem: 1. Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores 2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia. 3. Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis) 4. Investigar com o paciente os fatores que aliviam ou pioram a dor. 5. Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p. ex., medo, cansaço, monotonia e falta de informação). 6. Escolher e implementar uma variedade de medidas (p. ex., farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) para facilitar o alívio da dor, conforme apropriado. 7. Promover repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor</p>
<p>Domínio 4: Atividade/ Repouso Classe 2: Atividade/ exercício Título: Mobilidade Física Prejudicada Mobilidade física prejudicada relacionada a dor e rigidez articular evidenciado por desconforto, dispneia ao esforço, redução na amplitude de movimentos e redução nas habilidades motoras grossas.</p>	<p>Domínio: Saúde Funcional (I) Classe: Comportamento de Saúde (C) Título: Mobilidade (0208) Definição: Capacidade de movimentar-se propositalmente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar. Indicadores: 1. Movimento de Articulações; 2. Movimentos realizados com facilidade; .</p>	<p>Título: Terapia com exercício: mobilidade articular (0224) Definição: Uso de movimento ativo e passivo do corpo para manter ou restaurar a flexibilidade articular. Intervenções de Enfermagem: 1. Determinar as limitações do movimento articular e o efeito sobre o funcionamento. Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercícios. Monitorar o local e a natureza do desconforto ou da dor durante o movimento/atividade. 4. Iniciar medidas de controle da dor antes do início dos exercícios articulares. 5. Encorajar exercícios ativos de amplitude de movimentos, conforme um programa regular e planejado. 6. Fazer exercícios de amplitude de movimentos passivos ou assistidos, conforme indicação.</p>

Tabela 1. Sistematização da assistência de enfermagem com diagnósticos, resultados e intervenções, segundo as taxonomias NANDA, NOC e NIC.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado a uma paciente com diagnóstico de osteoartrose com a aplicação da SAE, possibilitou a realização de cuidados e orientações específicas, visando a assistência de enfermagem ao indivíduo de maneira holística, em seus aspectos biopsicossociais. A importância do cuidado baseado nas necessidades humanas se dá pelo fato dessa doença acarretar impotencialidades ao indivíduo afetando a qualidade de vida, sendo, portanto, necessária a abordagem terapêutica farmacológica e complementar.

Na perspectiva de contribuir com a promoção da saúde em pacientes portadores da patologia, torna-se necessário o investimento em práticas integrativas e complementares, garantindo, dessa forma, a integralidade na atenção à saúde para melhoria da qualidade de vida, prevenção e diminuição dos agravos existentes.

Sendo assim, notou-se com a aplicação da SAE, a importância da implementação do Processo de Enfermagem na assistência ao paciente que se dá pelo registro sistemático dos diagnósticos, intervenções e resultados, objetivando a diminuição das necessidades humanas comprometidas, as quais se caracterizam pela sintomatologia apresentada nas respostas clínicas da paciente.

Outrossim, apesar da importância de utilizar-se dessa sistematização, vale ressaltar as dificuldades quanto a utilização das literaturas referências para o estudo, NANDA, NIC e NOC. Ademais, a demanda do sistema de saúde pública brasileiro é um fator que pode impossibilitar a aplicação metodológica desse processo.

REFERÊNCIAS

ATAOGLU, S. et al. Quality of life in fibromyalgia, osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients: Comparison of different scales. **The Egyptian Rheumatologist**, p.1-6, set. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2017.09.007>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BEZERRA, M. S. **Uso de terapias complementares e alternativas no manejo da artrose em idosos**. 2017. 22 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Pessoa Idosa) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Tradução: Soraya Imon de Oliveira... et al. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2018-2020. **NANDA International**. Tradução: Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Acesso em: 10 jan. 2020.

MATOS, A. M. et al. Considerações sobre orthobiologics para osteoartrite do joelho: inovações, desafios ou realidade?. **Interdisciplinary Scientific Journal**, v. 6, n.1, p. 254-267, jan.- mar., 2019. Disponível em: <<http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/article/view/656/373>>. Acesso em: 05 jan. de 2019.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Tradução: Regina Machado Garcez... et al. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NASCIMENTO, A. L. G. et al. Percepção do profissional de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v. 17, n. 6, p. 678-684, 2018. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2459/pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

PANCOTTE, J. et al. Osteoartrite: prevalência e presença de fatores de risco em idosos ativos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 16, n. 1, p. 40-44, jan-abr., 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/17418>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Osteoartrite (artrose)**, 2019. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas/principais-doencas/osteoartrite-artrose/>>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: IMPLEMENTAÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data de aceite: 31/03/2020

Data de submissão: 31/12/2019

Gabriela da Cunha Januário

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/4204843373246475>

Maria Inês Lemos Coelho Ribeiro

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/3746746403021803>

Marilene Elvira de Faria Oliveira

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/9673824613590047>

Andrea Cristina Alves

Instituto Federal do Sul de Minas Gerais

(IFSuldeminas)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/4207991637574714>

Aline Teixeira Silva

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/5266438265011018>

Beatriz Glória Campos Lago

Instituto Federal do Sul de Minas Gerais

(IFSuldeminas)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/9881232005740340>

Jamila Souza Gonçalves

Instituto Federal do Sul de Minas Gerais

(IFSuldeminas)

Passos, MG

<http://lattes.cnpq.br/2631465694019444>

RESUMO: A enfermagem tem um papel relevante na promoção da saúde mental, na prevenção, cuidado e reabilitação de sofrimentos psíquicos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que o enfermeiro dispõe para organizar e sistematizar o cuidado, identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem. O objetivo deste artigo é descrever o processo de estruturação da SAE em um Centro de Assistência Psicossocial – CAPS II. Para o alcance desse objetivo realizaram-se pesquisa bibliográfica, taxonomia NANDA, e elaboração dos formulários. Os enfermeiros referiram dificuldades na operacionalização da SAE por perceberem-na muito teórica. A implementação da SAE é indispensável para evolução profissional dos enfermeiros e garantia de assistência de enfermagem individualizada na saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Sistematização Assistência de Enfermagem, Saúde Mental.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN MENTAL HEALTH: IMPLEMENTATION IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

ABSTRACT: Nursing plays an important role in the promotion of mental health, in the prevention, care and rehabilitation of psychic suffering. The Systematization of Nursing Assistance (SAE) is a tool that nurses have to organize and systematize care, identify health-disease situations and nursing care needs. The purpose of this article is to describe the process of structuring the SAE in a Psychosocial Care Center - CAPSII. To achieve this objective, a bibliographic research, NANDA taxonomy, and elaboration of the forms were carried out. The nurses mentioned difficulties in the operationalization of SAE because they perceived it very theoretical. The implementation of SAE is indispensable for the professional evolution of nurses and guarantee of individualized nursing care in mental health.

KEYWORDS: Nursing, Systematization, Nursing Assistance, Mental Health

1 | INTRODUÇÃO

A atual política de saúde mental brasileira defende a importância de serviços de atenção psicossocial para que a atenção aos portadores de transtornos mentais possa atingir o pleno exercício de sua cidadania, a mobilização de talentos e potencialidades criativas, o estabelecimento de trocas, a descoberta de novos modos de subjetividade, a construção de projetos de vida e a ampliação das possibilidades e do poder contratual e não somente o controle de sua sintomatologia (BRASIL, 2013). Entre os serviços orientados por esses objetivos estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A enfermagem tem um papel relevante na promoção da saúde mental, na prevenção, cuidado e reabilitação de sofrimentos psíquicos e na assistência ao paciente, à família e à comunidade. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve-se usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (BRASIL, 2013).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que o profissional enfermeiro dispõe para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico em busca do alcance de melhores resultados nos cuidados e segurança do paciente. Esse recurso tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2002).

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas,

interdependentes e recorrentes: Coleta de dados (Investigação); Diagnóstico de enfermagem; Planejamento – prescrição de enfermagem; Intervenção ou implementação da assistência de enfermagem; Evolução ou avaliação (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Com o intuito de padronizar a linguagem na enfermagem, diferentes sistemas de classificação foram desenvolvidos, entre eles destacam-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a tríade North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) e Nursing Outcomes Classification (NOC) (BRASIL, 2009).

A SAE é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. A assistência de enfermagem deve acompanhar as mudanças e avanços científicos, estar inserida nas práticas baseadas em evidências e contextualizada nas políticas de saúde vigentes. É importante que a SAE seja disseminada em serviços de atenção psicossocial, como os CAPS, para colaborar efetivamente com a potencialidade desses dispositivos na atenção à saúde mental.

Diante do exposto, este artigo justifica-se pela ausência de publicações sobre a experiência de implementação da SAE em serviços abertos de saúde mental e tem por objetivo descrever o processo de estruturação da sistematização em um CAPS II utilizando a taxonomia NANDA para identificar os Diagnósticos de enfermagem em Saúde Mental.

Entende-se que esse projeto seja de grande relevância por contribuir cientificamente para o aprimoramento dos profissionais de enfermagem, aperfeiçoando sua assistência, possibilitando subsídios para reflexão e educação em saúde.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial: CAPII e CAPS (álcool e drogas) AD, em um município no interior de Minas Gerais, no ano de 2017.

O relato de experiência é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua área de atuação. Possibilita a descrição precisa de uma experiência vivenciada que possa contribuir de forma relevante para a área de atuação profissional, trazendo motivações, considerações e/ou impressões que a vivência trouxe àquele que a viveu (OLIVEIRA, 2012).

Para o desenvolvimento e o alcance do objetivo proposto realizaram-se diferentes etapas: a pesquisa bibliográfica, o estudo da taxonomia NANDA, a elaboração dos formulários que estão em fase de consolidação para serem aplicados, avaliados e reestruturados de acordo com a SAE.

Participaram do estudo três (3) enfermeiros lotados no serviço de saúde mental do município, os quais tiveram atuação direta na implementação da SAE no CAPS II e CAPS AD.

3 | RESULTADOS

Inicialmente foi realizado um estudo sobre a sistematização da assistência de enfermagem e os diagnósticos elencados à taxonomia NANDA. A partir disso, foi se elaborando e formatando os formulários de “Avaliação de enfermagem” figura 1, que englobam coleta de dados, o exame físico e mental; figura 2 “Diagnósticos de Enfermagem”; e figura 3 “Prescrição de Enfermagem”, apresentados a seguir.

Os formulários elaborados foram aplicados para um primeiro teste, seguido de correções sucessivas, com o intuito de aperfeiçoar a SAE, até que se obtivesse um modelo adequado às características e necessidades dos pacientes e do CAPS II e CAPS AD.

Figura 1- **Avaliação de Enfermagem - Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II – Passos**

NOME: _____ **DATA:** ____ / ____ / ____

a) História de doenças clínicas

- Informa doenças clínicas? Quais: _____

- Informa doenças infectocontagiosas? Quais: _____

- Faz uso de medicamentos? () Sim () Não

Quais e quantidade: _____

- Informa alergias? A que: _____

b) Hábitos de vida

- Faz uso de cafeína/chá? () Sim () Não

Quantidade ao dia: _____

- É tabagista? () Sim () Não

Há quanto tempo? _____

Quantidade de cigarros ao dia: _____

- Faz uso de drogas psicoativas? Quais e quantidade/dia: _____

c) Exame físico

1-Oxigenação: FR: _____ mpm

Característica: () eupneico () dispnéico () bradipnéico () taquipnéico

Tosse: () ausente () produtiva () seca

2-Circulação: PA: _____ x _____ mmhg Frequência Cardíaca: _____ bpm

Característica: () rítmico () arrítmico () cheio () fino () forte () fraco

3-Termorregulação: Tax: _____ °C () sudorese () calafrios

4-Avaliação cutânea: () corada () íntegra () pálida () cianose de mucosas

- Lesões: (local) _____

- Hematomas: (local) _____

- Cicatrizes: (local) _____

- Manchas: (local) _____

- Edemas: (local) _____

- Outros: _____

5-Acuidades:

- Informa acuidade visual: () boa () Diminuída () usa óculos () cegueira () não consegue informar

- Informa acuidade auditiva: () boa () diminuída () surdez () não consegue informar

6-Alimentação:

- Aceita via oral? () sim () não

- Escolhe o que comer? () sim () não

- Alimenta-se: () sozinho () com auxílio

- Queixa-se de: () náusea () azia () vômito () dificuldade de mastigar () dificuldade de deglutir

Apetite: () exagerado () regular () diminuído

Relacionado à medicação: () sim () não

Qual medicamento: _____

7-Hidratação: () hidratado () desidratado

8-Sono e repouso:

- Dorme quantas horas por noite: _____

() sono ininterrupto () fica sonolento durante o dia () dorme durante o dia () sono

intercalado () insônia

9-Mobilidade:

- Postura: () ereta () curvada
- Deambulação: () sozinho () com auxílio () não deambula
- Marcha: () preservada () claudicante () lentificada () robotizada
- Psicomotricidade: () inquieto () agitado () imóvel () anda continuamente () acatisia
() tiques () movimento repetitivo () anda rápido () andar lentificado

10-Higiene:

- Banho: () sozinho () com auxílio/supervisão () totalmente dependente
- Unhas: () compridas/sujas () curtas/limpas
- Cabelos: () cabelos sujos () presença de pediculose () descamação do couro cabeludo
- Aparência: () corpo e vestes sujas () corpo e vestes limpas () preocupa-se com a aparência () não se preocupa () aparenta idade () não aparenta idade
- Dentição: () alterada () preservada () Uso prótese

11-Exame Psíquico

- a) Consciência:** () consciente () esturpor () sonolento () obnubilação () delirium
- b) Atenção:** () prejudicada () preservada
- c) Orientação:** () orientado () desorientado: () tempo () espaço () alopsíquica
() autopsíquica
- d) Memória:** () preservada () prejudicada
- e) Pensamento:** () coerente () ilógico () dissociado () acelerado () incoerente
() fuga de ideias () lento () obsessão () lógico () ideias homicidas () ideias
suicidas () circunstancial () rigidez de pensamento
() delirante: () grandeza () ciúmes () perseguição () autoacusação () ruína –
prejuízo () relação ou de referência () influência ou de controle () místico () negação
- f) Senso Percepção:** () alucinações: () auditiva _____

() visual _____
() gustativa _____
() tátil _____
() olfativa _____
() ilusão _____
() despersonalização _____
- g) Linguagem:** () mutismo () neologismos (cria palavras) () fluxo lento () ecolalia
() verbaliza com estímulo () dificuldade em articular palavras (disartria) () fluxo acelerado

- () discurso pobre () discurso elaborado () solilóquios
 Tom de voz: () normal () baixo () aumentado () irritado () exaltado
h) Afeto/Humor: () ansioso () apático () raiva () triste () isolado () desconfiado
 () alegre () eufórico () riso imotivado () culpado () calmo () agitado () exaltado
 () embotado () irritado () hostil
 Expressão Facial: () entristecida () sorridente () dissociada
i) Juízo crítico da realidade: () preservado () prejudicado
j) Auto-Estima: () mantida () baixa () elevada
k) Segurança: () sente-se seguro no ambiente () medo do ambiente
l) Interação social: () não interage () após estímulo se relaciona () isolado () não possui amigos () interage com a família () possui amigos
Contato visual () presente () ausente

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL: _____

COREN: _____

TURNO: _____

Figura 2 –Diagnósticos de Enfermagem

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II – PASSOS- MG

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM –SAE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

NOME:

DATA: ___/___/___

ENFERMEIRA RESPONSÁVEL: _____

PACIENTE: () INTENSIVO

() SEMI-INTENSIVO

Estilo de vida sedentário	Caracterizado por:
Comportamento de saúde propenso a risco	Caracterizado por:
Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais	Caracterizado por:
Obesidade	Caracterizado por:
Risco de função hepática prejudicada	
Risco de glicemia instável	
Risco de desequilíbrio eletrolítico	

Insônia	Caracterizado por:
Deambulação prejudicada	Caracterizado por:
Mobilidade física prejudicada	Caracterizado por:
Fadiga	Caracterizado por:
Perambulação	Caracterizado por:
Risco de função cardíaca prejudicada	
Déficit no autocuidado para banho	Caracterizado por:
Déficit no autocuidado para vestir-se	Caracterizado por:
Autonegligência	Caracterizado por:
Manutenção do lar prejudicada	Caracterizado por:
Confusão Aguda	Caracterizado por:
Risco de confusão aguda	
Confusão aguda	Caracterizado por:
Conhecimento deficiente	Caracterizado por:
Controle de impulsos	Caracterizado por:
Controle emocional instável	Caracterizado por:
Comunicação verbal prejudicada	Caracterizado por:
Desesperança	Caracterizado por:

Identidade pessoal perturbada	Caracterizado por:
Baixa autoestima crônica	Caracterizado por:
Risco de baixa autoestima crônica	
Baixa autoestima situacional	Caracterizado por:
Processos familiares interrompidos	Caracterizado por:
Interação social prejudicada	Caracterizado por:
Risco de síndrome do estresse por mudança	
Ansiedade	Caracterizado por:
Medo	Caracterizado por:
Pesar	Caracterizado por:
Regulação do humor prejudicado	Caracterizado por:
Tristeza crônica	Caracterizado por:
Dentição prejudicada	Caracterizado por:
Risco de quedas	
Risco de suicídio	
Risco de violência direcionado a outros	
Risco de violência direcionado a si mesmo	
Isolamento social	Caracterizado por:

Figura 3- Prescrição de Enfermagem

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS II Passos
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Diagnóstico: _____

Enfermeira Responsável: _____

Paciente: () Intensivo () Semi-intensivo

() Lavar as mãos e friccionar com álcool a cada procedimento.

Atenção

- 2- () Observar alteração do nível de consciência Atenção
3- () Oferecer apoio emocional Atenção
4- () Esclarecer dúvidas conforme necessidade, possibilitando exposição de sentimentos.

Atenção

- 5- () Aferir sinais vitais uma vez ao dia. Manhã Tarde
6- () Comunicar e anotar alterações da pressão arterial. Atenção
7- () Realizar glicemia capilar uma vez ao dia. Atenção
8- () Estimular higiene oral com escova e pasta dental. Manhã Tarde
9- () Realizar contenção física s/n. Atenção
10- () Observar e comunicar a presença de náuseas, vômitos, distensão abdominal e diarreia

Manhã Tarde

- 11- () Comunicar e registrar relatos de dor e medicar conforme o protocolo da dor. Atenção
12- () Estimular atividades para melhora do autocuidado e auto-estima. Atenção
13- () Orientar sobre o uso correto de medicações. Atenção
14- () Estimular a ingestão freqüente de líquidos. Atenção
15- () Observar e auxiliar pacientes com risco de aspiração. Atenção
16- () Observar e auxiliar pacientes com risco de queda. Atenção
17- () Observar e relatar a aceitação da dieta oral. Manhã Tarde
18- () Observar e anotar nível de atenção, orientação e memória Atenção
19- () Observar e anotar fluxo de pensamento Atenção
20- () Observar e relatar presença de alucinações e delírios Atenção
21- () Observar e relatar ocorrência de logorréia Atenção
22- () Relatar instabilidade do estado de humor/afeto Atenção
() calmo () ansioso () apático () raiva () triste () isolado () desconfiado
() alegre () eufórico () riso imotivado () culpado () agitado
() exaltado () embotado () hostil () irritado
23- () Observar e relatar alteração do juízo crítico da realidade. Atenção
24- () Relatar queixas de medo. Atenção
25- () Observar e relatar alteração da interação social. Atenção
() interage () não interage () interage com estímulo
26- () Estar atento as falhas de comunicação verbal e não verbal Atenção

27- () Observar e relatar presença de contato visual	Atenção
28- () Observar presença de hálito etílico e/ou sinais de uso /abuso de álcool	Atenção
29- () Observar e anotar presença de acatisia e dificuldade de deambulação	Atenção
30- () Observar e anotar déficit cognitivo	Atenção
31- () Observar e anotar presença de inquietação motora	Atenção
32- () Anotar relatos referentes ao padrão de sono	Atenção
33- () Observar e relatar sinais de auto e heteroagressão	Atenção
34- () Observar e anotar risco de autoextermínio	Atenção

Já com a SAE sendo aplicada no CAPSII, o processo foi replicado com respectivos formulários e orientações ao CAPS AD para posterior aplicação também nesse serviço. Salienta-se que essa replicação foi feita com uma orientação direta à enfermeira do serviço.

Uma limitação constatada durante o processo de elaboração foi que os enfermeiros envolvidos mencionaram um desconhecimento acerca da SAE e à taxonomia NANDA, desde a coleta de dados, exame físico, diagnósticos de enfermagem e a prescrição de enfermagem.

Referiram também dificuldades em relacionar teoria e prática na operacionalização da SAE, por perceberem-na como algo muito teórico, que se encontra apenas no papel e, portanto, muito distante da realidade.

Foi destacado também pelas enfermeiras envolvidas a dificuldade em associar a atividade de SAE, seu estudo teórico, às outras diversas atividades executadas pelas mesmas no serviço.

4 | DISCUSSÃO

Observou-se que os enfermeiros mostraram que há uma fragilidade no caminho da implementação da SAE, em decorrência do surgimento de muitos problemas ou dificuldades.

Notou-se a pouca valorização e não conscientização dos enfermeiros para a importância da SAE além do despreparo da equipe de enfermagem, por não estar capacitada para realizar suas tarefas em consonância com o nível necessário para o uso pleno da SAE.

Ficou evidente o pouco interesse em realizar estudos para a implementação da SAE.

É possível constatar que a realidade da formação acadêmica do profissional de enfermagem mudou radicalmente nas últimas décadas, pois para manter o ritmo da prática clínica atual frente a tradicional, os “novos” profissionais de enfermagem devem ter mais conhecimentos sobre suas áreas de trabalho, atendendo uma

demanda social e de saúde da população (BARBERA et al., 2015).

Alguns estudos mostram que a identificação dos diagnósticos e a elaboração das prescrições são consideradas, pela maioria dos enfermeiros, como as maiores dificuldades para a aplicabilidade e efetivação da SAE. Outros estudos demonstraram que o tempo consumido com o preenchimento e manuseio dos formulários do processo de enfermagem têm sido um grande obstáculo (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Apesar das dificuldades relatadas, sabemos que a SAE possibilita que seja ampliado o foco da assistência nos aspectos físicos, espirituais, culturais, psicossociais, biológicos e emocionais, dessa forma, o indivíduo será assistido de maneira holística, o que proporciona um cuidado orientado.

5 | CONCLUSÃO

Buscando possibilitar uma melhor qualidade na assistência de enfermagem, os enfermeiros do CAPS II e CAPS AD do município alvo desta experiência, formularam e adaptaram os instrumentos para a SAE, no sentido de padronizar um instrumento que contemple todas as fases do processo de enfermagem. Entende-se que essa medida viabilizou e otimizou o tempo da equipe, proporcionando uma assistência de qualidade e individualizada, voltada às especificidades de cada pessoa.

Destacamos que o processo de implantação não foi fácil de ser executado, porém não foi impossível de ser concretizado, sendo necessário um comprometimento de diversos profissionais. Sabemos que depois de implantada a SAE, o resultado alcançado será uma assistência de melhor excelência, individualizada, humanizada, competente e respaldada cientificamente.

Acreditamos que o caminho para uma maior autonomia e efetividade do exercício da enfermagem se fará com o domínio do conhecimento do seu campo, bem como da sua atuação prática e a utilização destes para o cuidado pleno em saúde. Dessa forma a implementação da SAE é indispensável para evolução profissional dos enfermeiros e garantia de uma assistência de enfermagem individualizada na saúde mental.

REFERÊNCIAS

Barbera MC, Cecagno D, Seva AM, Siqueira HCH, López MJ, Maciá L. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, maio-jun. 2015; 23(3):404-10. DOI: 10.1590/0104-1169.0432.2569 disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

Brasil. Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2013.

Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução 272/2002 –. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html> Acesso em 13 de abril de 2017.

Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 13 de abril de 2017.

Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da GroundedTheory. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):44-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>.

Oliveira AR. Do relato de experiência ao artigo científico: questões sobre gênero, representações e letramento na formação de professores a distância. Revista Scripta, Belo Horizonte, v.16, n.30, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/scripta/article/view/4253>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

Tannure MC, Pinheiro AM. SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOBRE A ORGANIZADORA

Marilande Carvalho de Andrade Silva - Mestre em Ergonomia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2018). Especialista em Clínica Cirúrgica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (2010). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e extensão (2007). Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (2006) e Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO (2004). Atualmente trabalha no Hospital das Clínicas da UFPE, na Central de Materiais e Esterilização. Concursada pela UFPE desde 1992. Atuou como Enfermeira na Urgência/Emergência do HSE pela COOPSERSA (2005-2007). Atuou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME no Hospital Prontolinda (2007-2010). Atuou como Enfermeira de Central de Materiais e Esterilização do HSE (2012).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aluno 17, 134, 135, 136, 139, 140, 142, 143

Assistência domiciliar 155, 156, 157, 165, 167

Autocuidado 47, 71, 76, 77, 100, 155, 157, 158, 160, 162, 165, 166, 180, 184, 197, 199

C

Câncer de mama 95, 96, 97, 98, 99, 100

Cuidado pré-natal 43, 51

Cuidados críticos 82

Cuidados de enfermagem 14, 154, 163, 167, 182, 190, 191

D

Demência 68, 69, 75, 76

Diagnósticos de enfermagem 79, 80, 155, 158, 159, 167, 182, 184, 186, 188, 192, 193, 196, 200

E

Educação em enfermagem 134

Educação em saúde 54, 55, 57, 95, 97, 99, 100, 162, 192

Educação superior 8

Empatia 115, 117, 127, 129, 130, 163

Enfermagem geriátrica 68

Escala psicológica aguda simplificada 82

Escolas de enfermagem 8, 9, 12

Estresse ocupacional 101, 102, 111, 112, 113

G

Gestantes 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 119, 167

Gestão de carreira 17, 18, 19, 23, 24, 29, 31, 32, 33

Gravidez na adolescência 43, 44, 51

H

Hipertensão arterial 1, 2, 3, 4, 59, 60, 61, 66, 67

História da enfermagem 8, 9, 10, 11, 14, 15

Humanização da assistência 43, 49

I

Idosos 53, 54, 55, 56, 57, 58, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 94, 188, 189

Instituição de longa permanência para idosos 68, 69

M

Microcefalia 155, 156, 158, 159, 160, 166, 167

O

Obesidade infantil 2, 4, 5, 6

Osteoartrose 181, 182, 183, 184, 185, 186, 188

P

Parada cardíaca 82, 83, 93, 94

Parto domiciliar 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153

Parto humanizado 144, 153

Prevenção 3, 38, 41, 43, 53, 54, 55, 56, 58, 61, 62, 66, 77, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 154, 162, 164, 168, 169, 174, 176, 179, 183, 188, 190, 191

Prevenção de acidentes 168, 179

Processo de enfermagem 155, 157, 158, 166, 182, 188, 191, 201, 202

Profissionais 3, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 21, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 47, 49, 59, 60, 66, 69, 75, 76, 78, 79, 83, 93, 98, 102, 104, 107, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 123, 125, 126, 127, 129, 130, 140, 141, 146, 150, 152, 158, 160, 164, 165, 166, 168, 170, 174, 175, 176, 177, 178, 192, 200, 201

Promoção da saúde 54, 75, 96, 99, 188, 190, 191

R

Radiação 34, 35, 36, 37, 39, 40

Relações familiares 115, 117, 144

Riscos 2, 4, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 48, 50, 57, 61, 66, 99, 110, 111, 113, 150, 157, 161, 164, 169, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 17, 18, 19, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 66, 67, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 85, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 110, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 137, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 151, 152, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 183, 184, 186, 187, 188, 190, 191, 192, 193, 196, 201, 202

Saúde da mulher 44, 98, 114, 144, 145

Saúde do idoso 54, 79

Saúde do trabalhador 101, 103, 110, 168, 169, 175, 176, 178

Saúde mental 180, 190, 191, 192, 193, 201

Síndrome hipertensiva 59, 60

Sistematização da assistência de enfermagem 68, 70, 78, 157, 167, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 189, 190, 193, 198, 202

T

Trabalho de parto 44, 50, 51, 52, 144, 145, 146, 151, 152

Treinamento por simulação 134

U

Unidade de terapia intensiva neonatal 114, 115, 131, 132

V

Visita domiciliar 1, 2, 4

 **Atena**
Editora

2 0 2 0