25 ANOS
Enfermagem

25 ANOS DE ENFERMAGEM NA UNISC: CONHECIMENTO E PRODUÇÃO CIENTÍFICO-ACADÊMICA

ORGANIZADORAS
Analídia Rodolpho Petry
Leni Dias Weigelt
Luciane Maria Schmidt Alves
Suzane Beatriz Frantz Krug

EDUNISC

25 ANOS DE ENFERMAGEM NA UNISC:
CONHECIMENTO E PRODUÇÃO CIENTÍFICO-ACADÊMICA

UNISC
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Reitora
Carmen Lúcia de Lima Helfer
Vice-Reitor
Rafael Frederico Henn
Pró-Reitor de Graduação
Elenor José Schneider
Pró-Reitora de Pesquisa
e Pós-Graduação
Andréia Rosane de Moura Valim
Pró-Reitor de Administração
Dorivaldo Brites de Oliveira
Pró-Reitor de Planejamento
e Desenvolvimento Institucional
Marcelino Hoppe
Pró-Reitor de Extensão
e Relações Comunitárias
Angelo Hoff

EDITORA DA UNISC
Editora
Helga Haas

COMISSÃO EDITORIAL
Helga Haas - Presidente
Andréia Rosane de Moura Valim
Carlos Renê Ayres
Cristiane Davina Redin Freitas
Hugo Thamir Rodrigues
Marcus Vinicius Castro Witczak
Mozart Linhares da Silva
Rudimar Serpa de Abreu



EDUNISC

Avenida Independência, 2293
Fones: (51) 3717-7461 e 3717-7462
96815-900 - Santa Cruz do Sul - RS
E-mail: editora@unisc.br - www.unisc.br/edunisc

Analídia Rodolpho Petry
Leni Dias Weigelt
Luciane Maria Schmidt Alves
Suzane Beatriz Frantz Krug
(Organizadoras)

25 ANOS DE ENFERMAGEM NA UNISC: CONHECIMENTO E PRODUÇÃO CIENTÍFICO-ACADÊMICA

Santa Cruz do Sul
EDUNISC
2019

© *Copyright*: das autoras
1ª edição 2019

Direitos reservados desta edição:
Universidade de Santa Cruz do Sul

Editoração: Clarice Agnes, Caroline Fagundes Pieczarka.
Capa: Denis Ricardo Puhl (Assessoria de Comunicação e Marketing da UNISC)

V789 25 anos de enfermagem na UNISC [recurso eletrônico] : conhecimento e produção científico-acadêmica / Analídia Rodolpho Petry ... [et al.] (organizadoras). – 1. ed. - Santa Cruz do Sul : EDUNISC, 2019.

Dados eletrônicos. Texto eletrônico.
Inclui bibliografias.
Modo de acesso: World Wide Web: www.unisc.br/edunisc
ISBN: 978-85-7578-505-8

1. Enfermagem – Estudo e ensino. 2. Universidade de Santa Cruz do Sul. Curso de Enfermagem - História. I. Petry, Analídia Rodolpho.

CDD: 610.73

Bibliotecária: Muriel Thurmer - CRB 10/1558

SUMÁRIO

PREFÁCIO
Profª Carmen Lúcia de Lima Helfer.....8

APRESENTAÇÃO
Analídia Rodolpho Petry, Leni Dias Weigelt, Luciane Maria Schmidt Alves, Suzane Beatriz Frantz Krug.....9

1 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: HISTÓRIA E REFLEXÃO FILOSÓFICA

HISTÓRIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNISC: CRIAÇÃO E TRAJETÓRIA
Docentes do Curso de Enfermagem.....11

HISTÓRIA DO ENSINO E PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL
Eliana Cacia de Melo Machado, Guilherme Mocelin.....15

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UNISC: A AQUISIÇÃO DO "HABITUS" E O CAMPO A PERTENCER
Ana Zoé Schilling.....23

2 ATENÇÃO Á SAÚDE

DESAFIOS DOS FAMILIARES CUIDADORES NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Caroline Cervo, Luciane Maria Schmidt Alves.....33

FORMAÇÃO DE VÍNCULO NA ATENÇÃO BÁSICA
Patrícia Machado Stahler, Anelise Miritz Borges, Liane Terezinha Schuh Pauli..43

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE
Tatiane Rodrigues de Siqueira, Leni Dias Weigelt, Guilherme Mocelin, Brenda Raddatz de Oliveira.....52

O CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES RELACIONADO À VACINAÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO
Magdiane Galvão, Amélia Natalia Marques Cerentini, Ingre Paz, Anelise Miritz Borges.....65

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: FATORES QUE INTERFEREM PARA A SUA PRÁTICA
Josiani Rita Salvi Fischer, Anelise Miritz Borges, Ingre Paz, Amelia Natalia Marques Cerentini.....74

PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS PREMATURAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
Maria Eloisa Collognese, Ingre Paz, Anelise Miritz Borges, Amelia Natalia Marques Cerentini.....86

A ARTE TEATRAL COMO ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS
Adriane dos Santos Nunes Anacker, Leila Patrícia de Moura, Naiele da Costa Fagundes, Luana de Fátima Padão Lozado.....99

FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
Gustavo Haas Lermen, Maristela Soares de Rezende.....108

ESTUDO SOBRE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AOS PACIENTES HIPOGLICÊMICOS
Éder Santos de Quadros, Guilherme Mocelin, Francielle Rosa da Silva, Nestor Pedro Roos.....118

MUDANÇAS PSICOSSOCIAIS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER
Márcia Ritzel dos Santos, Aline Fernanda Fischborn.....133

"A IMAGEM MAIS LINDA": CONSTRUÇÃO DE MATERNIDADES A PARTIR DA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA
Maria Helena Tarouco Carpes, Vera Elenei Costa Somavilla, Cássia Fernanda Bauerman.....144

COBERTURAS UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
Luísa Gelsdorf, Janine Koepp.....153

3 O TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM

MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NA ÁREA HOSPITALAR: DESAFIOS E OPORTUNIDADES À ATIVIDADE GERENCIAL DO ENFERMEIRO
Luis Carlos Pereira Soares, Francieli Ester Müller, Analidia Rodolpho Petry, Vera Elenei da Costa Somavilla.....167

RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO EM CENTRO CIRÚRGICO: ESTUDO COM EQUIPES DE ENFERMAGEM
Karin Gabriele Bender, Suzane Beatriz Frantz Krug.....179

FATORES ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE
Ahlana Francine Trevisan, Mari Ângela Gaedke.....191

ESTRATÉGIAS DE REVELAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Monic Nicaretta da Silva, Daiana Klein Weber Carissimi.....203

PREFÁCIO

A Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC tem grande satisfação em apresentar à comunidade a presente publicação, elaborada por docentes do Curso de Enfermagem, em comemoração à passagem dos 25 Anos do Curso.

O Curso de Enfermagem teve sua primeira oferta em março de 1994, meio ano após o reconhecimento da Universidade, o que significou que ela já podia exercer plenamente a sua autonomia universitária para definir novos cursos de graduação, atendendo às necessidades socioeconômico-culturais da região.

O Curso de Enfermagem, desde então, forma profissionais com competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas, capazes de atuar na prevenção, na assistência e na reabilitação de indivíduos, de famílias e de outros grupos sociais, através de ações que caracterizem a educação e a assistência para a saúde, nos aspectos humanos, éticos e sociais.

Desde o início, o Curso oferece uma excelente infraestrutura de apoio aos acadêmicos da área da saúde, onde se sobressai o Serviço Integrado em Saúde – o SIS, que oferece trabalho integrado, interdisciplinar e assistencial dos cursos de Enfermagem, Psicologia, Medicina, Nutrição, com todos os recursos didáticos, operacionais e físicos, destinados exclusivamente aos Cursos. São ofertados, além de estágios e práticas clínicas, também programas de atendimento à população como parte das atividades de ensino, pesquisa e extensão, para além dos muros do *campus* da Universidade, com presença na comunidade de Santa Cruz do Sul e de outras cidades. Em 2018, por exemplo, o SIS registrou 26.550 atendimentos, sendo 13.964 na Enfermagem.

Assim sendo, o estudante desenvolve competências e habilidades necessárias para o desenvolvimento pessoal e profissional, a partir de uma formação crítica, criativa, reflexiva e cidadã. O aluno é protagonista de suas aprendizagens, exercendo as práticas durante seu percurso estudantil no que se refere aos processos de saúde/doença, configurando-se num valioso diferencial para o exercício da enfermagem pelos egressos desta Universidade. Temos a convicção de que os mais de 1.200 enfermeiros formados pelo Curso de Enfermagem da UNISC, até o momento, podem se orgulhar da formação recebida.

Parabenizamos a todos: estudantes, docentes, técnicos administrativos e comunidade que, de uma ou de outra forma, participaram desses 25 anos de história e da trajetória do Curso de Enfermagem e desejamos cada vez mais sucesso às suas atividades de ensino, de pesquisa e de extensão, cuja nobre e difícil missão é a de trabalhar com o cuidado e com a atenção integral à saúde das pessoas.

Boa leitura!

Profª Carmen Lúcia de Lima Helfer,
Reitora da UNISC.

APRESENTAÇÃO

Analídia Rodolpho Petry
Leni Dias Weigelt
Luciane Maria Schmidt Alves
Suzane Beatriz Frantz Krug
Organizadoras

Caros leitores,

Este e-book representa uma das formas de comemoração aos 25 anos do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Nós, professores e acadêmicos deste curso, temos muito a agradecer pela oportunidade de participarmos de uma formação técnica cientifica qualificada, embasada em princípios de humanização e respeito à vida, que tantos profissionais comprometidos têm colocado no mercado.

A escolha dos eixos temáticos da obra reflete a produção de alguns artigos, entre inúmeros outros títulos de excelentes estudos desenvolvidos por nossos acadêmicos e seus professores orientadores no decorrer desses 25 anos. O critério de escolha dos temas foi pensado a partir de competências e habilidades gerais do Enfermeiro, instituídas por algumas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, que são: atenção à saúde, gerenciamento em enfermagem e o trabalho em saúde e enfermagem.

O primeiro eixo temático é dedicado ao resgate de antecedentes históricos, tanto da profissão quanto do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC. Ao se debruçar sobre a trajetória de construção da Enfermagem, enquanto uma profissão socialmente necessária, traz os pressupostos teóricos, conceituais e filosóficos que direcionam os caminhos traçados na formação dos enfermeiros que esta Universidade se compromete a colocar no mercado de trabalho.

No segundo eixo temático são trazidos trabalhos realizados por acadêmicos e professores que apresentam experiências heterogêneas de atuação, atenção e cuidado em saúde. Trata-se de resultados de estudos que apresentam vivências em pesquisas, em diferentes níveis de atenção em saúde, executados em diversos locais de assistência de nossa região. A leitura desses trabalhos certamente contribui para a instrumentalização do cuidado integral em saúde e apresenta competências e habilidades gerais desenvolvidas pelos alunos de graduação da UNISC.

Já no terceiro eixo são apresentados trabalhos que valorizam, problematizam e repensam a prática profissional. Os textos aqui apresentados evidenciam o quanto o trabalho na enfermagem é desafiador e instigante, podendo também ser estressante e extenuante.

Este e-book é resultado de um esforço conjunto de professores e alunos que valorizam a prática do trabalho em equipe, voltado para um bem comum: a produção científica que problematiza e constrói cuidado integral e atenção em saúde de qualidade. Nos capítulos apresentados foi privilegiada a visão protagonista dos diversos autores que articularam a teoria apreendida em sala de aula às suas vivências nos campos de prática. Os trabalhos de pesquisa apresentados permitem depreender o perfil profissional que o Curso de Enfermagem da UNISC confere aos seus egressos e que está em consonância às diretrizes curriculares nacionais.

As organizadoras entendem que todos aqueles que buscam uma atualização poderão se beneficiar desta obra, pois contam com um instrumento capaz de apoiá-los em suas investigações. Finalmente, desejamos que a leitura deste e-book seja profícua, fértil e propulsora de outras pesquisas que sigam na construção de uma Enfermagem dinâmica e com potencial de promover mudanças sociais através de uma atuação comprometida.

HISTÓRIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNISC: CRIAÇÃO E TRAJETÓRIA[1]

Docentes do Curso de Enfermagem da UNISC

No final da década de 80, as Faculdades Integradas de Santa Cruz (FISC) encaminharam ao Ministério da Educação (MEC) o projeto de criação da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Esse projeto mencionava a criação de novos cursos, incluídos os da área da saúde. Para a criação de novos cursos foi realizado um levantamento com alunos de ensino médio, empresários, professores, associações e instituições de toda a região, questionando sobre quais cursos na área da saúde, deveriam ser oferecidos, sendo apontado o curso de Enfermagem como um dos cursos almejados.

A partir disso, foi entendido que as ações de enfermagem a serem desenvolvidas deveriam ser construídas "com" a comunidade regional e não apenas planejadas "para" ela. Assim, a criação do curso foi norteada por um processo democrático, em que foram ouvidos os gestores das instituições, os enfermeiros e a comunidade regional para definir o perfil do enfermeiro desejado.

Na primeira reunião realizada no município de Santa Cruz do Sul, mais precisamente nas dependências do Hospital Santa Cruz, estavam presentes enfermeiros e representantes dos serviços de saúde (hospitais, rede básica e empresas) para planejar o Curso de Enfermagem, momento em que foram apontados alguns questionamentos sobre a necessidade do profissional na região, atuação no mercado de trabalho, as condições de oferta e acesso ao curso, campos de estágio, entre outros. Nas demais reuniões, a participação dos enfermeiros tornou-se mais expressiva, com o comparecimento de colegas de vários municípios da região, evidenciando um consentimento implícito, uma aprovação da proposta pela categoria profissional.

A elaboração do projeto de criação do Curso de Enfermagem contou com professores da Universidade e enfermeiros da região, formando uma equipe que passou a manter contato com instituições de saúde e demais enfermeiros para debater as diretrizes do novo curso a partir das necessidades apontadas. Para isso, alguns questionamentos orientaram a elaboração do projeto do curso, tais como: Que enfermeiro a região necessita? Quais os locais de maior prioridade? Com que condutas e princípios? O que não pode faltar no currículo? O que é dispensável

1 Texto retirado do Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da UNISC, adaptado para esse e-book.

na formação atual? Quais as deficiências que identificamos nos demais cursos de graduação e na inserção no mercado de trabalho da sociedade em que vivemos?

Além das reuniões com a equipe de trabalho, também foram realizadas visitas a instituições de saúde, empresas, creches, escolas, para perceber as necessidades e demandas das mesmas. A equipe responsável pelo projeto também foi conhecer algumas Universidades que mantinham cursos de Enfermagem, na época, para discussão do projeto político-pedagógico, instalações, convênios, dificuldades, entre outros.

Em cada etapa de planejamento do curso foram discutidas as disciplinas, conteúdos, carga horária, tempo de integralização do curso, bibliografia, organização dos laboratórios, locais e supervisão de práticas e estágios, convênios e contratos, seguindo as orientações da Portaria 1721/94 do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Esse processo de criação do curso teve uma duração de aproximadamente oito meses e quando o projeto se encontrava na fase final de aprovação, em instâncias internas na Universidade, foi apresentado à comunidade para discussões.

Alguns gestores dos municípios da região solicitaram que as práticas e os estágios fossem desenvolvidos em seus municípios, possibilitando ao aluno realizá-las onde residem. Essa condição facilitou o conhecimento da realidade regional pelos alunos e o desenvolvimento de ações de enfermagem nos serviços de saúde desses municípios, além dos existentes na sede. Para a realização de atividades práticas e estágios, o curso firmou convênios com instituições hospitalares e rede pública de saúde, nos diversos municípios da região, compartilhando espaços de prática com diversos cursos da Universidade e demais instituições de ensino e de saúde.

Outro campo bastante discutido foi o de desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão. Mais uma vez, a comunidade regional determinou as prioridades e apontou temas da área materno-infantil, neoplasias, doenças crônico-degenerativas e saúde ocupacional em seus aspectos preventivos.

O Curso de Enfermagem e Obstetrícia, com Habilitação Geral Enfermeiro foi, então, autorizado pelo Conselho Universitário – CONSUN, da Universidade de Santa Cruz do Sul, através da Portaria 50, de 28 de outubro de 1993, para funcionamento a partir de março de 1994, nos turnos da manhã e tarde, com o oferecimento de 50 vagas e com entrada única, no vestibular de verão de cada ano. A Enfermagem foi o segundo curso da área da saúde implantado na UNISC.

A partir de 1996, o curso sofreu alteração de denominação, de carga horária e de estrutura curricular, para atender aos preceitos legais da Portaria nº 1721 de 15 de dezembro de 1994, passando a denominar-se Curso de Enfermagem. Em 1999, por determinação institucional, o curso passou a oferecer 55 vagas e, a partir de 2001, o ingresso passou a ser também pelo vestibular de inverno, com ofertas no turno matutino e noturno.

No ano de 2003, para atender a Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001 foram feitas alterações nas áreas de formação, sendo oferecidas as disciplinas específicas relacionadas às áreas de enfermagem em saúde ambiental e coletiva e enfermagem no processo de cuidar, além dos estágios curriculares perfazendo um total de 3.840 horas/aula. Em 2010, para atender a Resolução nº 02 de 18 de junho de 2007 do CNE/CES que dispõe sobre a carga horária mínima e os procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelado, na modalidade presencial, foram realizadas alterações em disciplinas, bem como, na carga horária total do curso, que passou a vigorar com 4.200 horas distribuídas em 10 semestres letivos.

Assim, a formação dos profissionais de Enfermagem da UNISC foi instituída a partir de competências e habilidades gerais para os cursos da área da saúde, conforme preconiza a Resolução nº 3 de 07 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem: Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; Educação permanente.

O Curso de Enfermagem sempre pretendeu, mesmo considerando as incertezas do mercado de trabalho, acompanhar as tendências, reformulando seu sistema de formação profissional quando a sociedade apresentar necessidades de novos serviços. Devido a este aspecto, na atual proposta curricular, apresentam-se alterações que dizem respeito à organização do curso a partir de núcleos temáticos: Ciências biológicas e de saúde; Ciências humanas e sociais; Ciências de enfermagem; Estágios; Atividades complementares; Trabalho de curso. Estes núcleos contemplam a integração de todas as áreas do conhecimento, enfatizando as áreas preventivas, de assistência, de gestão e gerenciamento das atividades dos profissionais de Enfermagem, caracterizando-o como um enfermeiro generalista capaz de atuar nos diversos cenários da saúde.

Uma das mudanças marcantes para adequação do currículo às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem diz respeito à crescente responsabilidade social do enfermeiro na comunidade. Esta mudança ocorreu principalmente devido ao novo enfoque em atenção à política pública da saúde vigente (SUS). Houve, então, uma equiparação entre a carga horária de prática hospitalar e de saúde pública. Para além disso, salienta-se que as disciplinas de Estágios Supervisionados em Enfermagem contemplam 20% da carga horária total do curso, sendo realizada na área de saúde pública e hospitalar.

Já em 2012, para atender a uma determinação da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade, todos os cursos de graduação passaram por discussões e reformulações de seus projetos pedagógicos. Assim, o Núcleo Docente Estruturante (NDE) do Curso de Enfermagem passou a reunir-se sistematicamente elaborando propostas, discutindo o perfil profissional, reorganizando disciplinas a partir da

avaliação do ensino até então desenvolvido. No período de 2012 a 2016, ocorreram adequações na sistemática dos Estágios Supervisionados. O Estágio Supervisionado em Enfermagem I, que era de 390 horas divididas entre a rede básica de saúde e a rede hospitalar, passou a ser desenvolvido exclusivamente na rede básica de saúde. O Estágio Supervisionado em Enfermagem II, que era realizado em diversas áreas, conforme a escolha do aluno, passou a ser desenvolvido exclusivamente na área hospitalar com 450 horas.

A partir de 2017, a carga horária do curso é de 4.035 horas, distribuídas em 10 semestres letivos. O número de vagas é de 110 anuais, com a oferta em dois processos seletivos, de inverno e de verão. O corpo docente contempla o número de ingressantes e atualiza-se através de cursos e eventos de formação técnica e pedagógica para o desenvolvimento de ações de ensino, pesquisa e extensão.

A história de construção e atualização do projeto do Curso de Enfermagem da UNISC demonstra a participação da comunidade e dos setores da saúde nas decisões colegiadas do curso, visando adequações e inovações que contemplem a formação profissional e qualificação para assumirem novas e crescentes descobertas que passam a existir no cotidiano do processo de trabalho em saúde, sendo esse um dos diferenciais deste curso.

HISTÓRIA DO ENSINO E PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Eliana Cacia de Melo Machado[1]
Guilherme Mocelin[2]

INTRODUÇÃO

A educação em enfermagem é um tema sempre presente nas discussões da profissão visto que as ações na área da saúde devem ser marcadas pela indissociabilidade dos elementos produção do conhecimento, formação profissional e prestação de serviço o que não é tarefa simples, pois as ações requerem mudanças paradigmáticas profundas sendo necessário olhar, primeiramente, para a formação dos profissionais. Afinal, o trabalho nesta área de saúde envolve as dimensões assistencial, educativa, de pesquisa e gerencial, tendo o cuidado como competência básica na promoção da vida e o bem-estar dos seres humanos respeitando-se a sua individualidade, complexidade e integralidade (ANDRADE, 2010; CARRIJO, 2012).

Para refletirmos sobre o quadro atual dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil é necessário destacar que a enfermagem, enquanto uma das profissões inserida na área da saúde, possui autonomia e é detentora de características únicas na atuação em saúde e peculiaridades centradas no cuidado ao indivíduo como forma de produção, recuperação, promoção e educação em saúde. A Resolução nº 311 de 2007, do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem define que a "[...] Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência". Nesse sentido, a enfermagem tem como objetivo atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde e, atualmente encontra-se subdividida em três classes distintas, definidas, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), como profissional Enfermeiro aquele dotado do curso de graduação em Enfermagem, Técnico de Enfermagem, profissional com nível técnico de instrução, exigido deste o ensino médio, e o Auxiliar de Enfermagem, profissional com conhecimentos básicos de Enfermagem, dotado de, no mínimo, com nível escolar fundamental (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

1 Enfermeira, Doutoranda, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISC.

De acordo com Buriolla (2011) e Carrijo (2012) percebe-se que a diferença entre o Enfermeiro e das demais categorias, sem dúvida, é a abordagem científica adotada por este profissional, desde a graduação, o que lhe confere autonomia e hierarquia na profissão. As intervenções de auxiliares e técnicos de enfermagem devem ser realizadas sob a supervisão de um Enfermeiro. Para os autores, os problemas relacionados à formação da Enfermagem ainda existem haja vista que mudanças na área da saúde ocorrem continuamente. Portanto, é preciso refletir sobre questões atuais da formação do Enfermeiro, pois as mudanças da profissão encontram-se diretamente relacionadas com as transformações do perfil das condições de saúde em nível nacional, estadual e regional. Assim, o presente texto objetivou refletir sobre a formação do Enfermeiro, tomando como ponto de partida o histórico da formação deste profissional no Brasil, segundo recomendações existentes na literatura e em documentos oficiais que discorrem sobre o tema.

METODOLOGIA

O texto representa uma revisão bibliográfica sobre a história do ensino e o reconhecimento da profissão de enfermagem no Brasil e que faz parte de um capítulo do projeto de tese de doutorado da autora.[3] O levantamento de dados foi realizado por meio de consulta às bases de dados bibliográficos eletrônicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) de artigos, teses e dissertações, utilizando como palavras chaves ensino de enfermagem, graduação em enfermagem e história da enfermagem. A consulta foi realizada entre os meses de agosto a outubro de 2018. Foram selecionados 106 textos que preenchiam os seguintes critérios: publicação no período que compreende 2008 a julho de 2018, e apresentar resumo completo com idioma em português. Além disso, algumas informações adicionais foram encontradas em livros que discorriam sobre o tema para efetivação da escrita do texto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O desenvolvimento da Enfermagem no Brasil está intrinsicamente ligado aos aspectos dos cuidados prestados aos indivíduos doentes nos séculos XVIII e XIX, pois eram os(as) religiosos(as) – sacerdotes e irmãs de caridade das Igrejas – que naquele período, exerciam essa atividade nas instituições hospitalares. Posteriormente, com a reformulação e instituição do processo de trabalho realizado por Florence Nightingale, os cuidados aos indivíduos enfermos passaram a serem prestados baseados no modelo técnico e científico, conhecido como Enfermagem moderna.

3 Eliana Cacia de Melo Machado.

Esse modelo tinha como característica a atuação em nível hospitalar, portanto, focava no agravamento de doenças tendo como eixo norteador o conhecimento prático e curativo (PORTO; AMORIM, 2013).

Conforme Renovato *et al*. (2009) o fator importante para a profissionalização da enfermagem na Inglaterra, depois da guerra da Crimeia entre os anos de 1853 e 1856, foi a fundação da primeira escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres, no ano de 1860 idealizada pela enfermeira Florence Nightingale, sendo este o marco histórico do movimento que se disseminou por toda a Europa. O modelo *nigthingaleano*[4] tinha por princípio que a Enfermagem era uma ciência à parte, com métodos e teorias próprias.

No Brasil, a profissionalização da enfermagem teve início em 1894 com a contratação de enfermeiras inglesas para trabalharem no recém-criado Hospital Samaritano em São Paulo. A contratação dessas profissionais ocorreu pela carência de recursos humanos, pois Igreja e Estado entraram em confronto, fazendo com que as cuidadoras religiosas deixassem de prestar cuidados aos pacientes, ficando, portanto, o hospital sem trabalhadoras para este fim (SILVA *et al.*, 2010; RODRIGUES, 2013).

No que se refere ao ensino de enfermagem, a primeira Escola Brasileira Profissional de Enfermagem (Escola Alfredo Pinto) implantada no país foi criada pelo governo junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior, a qual destinava-se à formação de mão de obra para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e posteriormente, às atividades de saúde pública no Rio de Janeiro. Contudo, essa escola não utilizava a concepção de Enfermagem moderna e, sim, o modelo francês que tinha como método de ensino o uso de manuais preparados por profissionais médicos que atuavam como docentes na formação de Enfermeiros. A escola Alfredo Pinto tinha como objetivo o preparo de profissionais de enfermagem para atuarem em hospitais psiquiátricos e organizações militares. O modelo de ensino adotado tinha como característica a ênfase no tratamento curativo, hospitalar e medicamentoso, o que era considerado ideal aos pacientes com distúrbios mentais (MONTEIRO; 2009; PORTO; AMORIM, 2013).

Em 1920, foi criado, no Brasil, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que tinha como objetivo formar enfermeiras para atuarem em hospitais. Nessa época, a Igreja católica já não era a única a prestar cuidados aos enfermos e a Enfermagem se organizava na busca de uma profissão de cunho científico. Assim,

4 Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Crimeia em 1854, como líder no atendimento aos feridos, instituiu métodos de higiene e medidas sanitárias que diminuíram o número de mortes dos soldados. Após a guerra, fundou a Primeira Escola de Enfermagem no hospital Sant Thomas, em Londres, onde já havia em funcionamento uma Escola de Medicina, porém o Curso de Enfermagem, não era caracterizado como curso superior. No entanto, o modelo de cuidado foi adotado por diversos países, o que fez com que Florence Nightingale ficasse conhecida mundialmente como precursora da Enfermagem moderna (OGUISSO; FREITAS; SILES GONZÁLEZ, 2016).

profissionais da Enfermagem de nível superior de ensino foram trazidos para o Brasil com o objetivo de organizar o serviço de Enfermagem e atuarem como coordenadores de Enfermagem no DNSP, cujo departamento teve como diretor, naquele período, o médico sanitarista Carlos Chagas que se esforçava para combater as endemias existentes na época (CARRIJO, 2012).

Dentre as estratégias utilizadas por Carlos Chagas para combater as doenças, a atuação da Enfermagem foi importante, visto que o país necessitava de força de trabalho qualificado. Tal acontecimento justificou a vinda de profissionais estrangeiros de nível de formação superior, para que, dessa forma, pudessem ministrar aulas às alunas que comporiam a Enfermagem nacional. Esse fato veio a ocorrer por meio da criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública. Além da situação caótica de saúde pública, outro fato importante foi a Primeira Guerra Mundial, que teve grande relevância para a profissão, pois a carência da força de trabalho fez com que a Cruz Vermelha observasse a necessidade de treinar enfermeiros para atuarem em combate, o que levou à criação da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro no ano de 1916, com o curso de auxiliar de enfermagem (RENOVATO, 2009).

Assim, o ensino de enfermagem no Brasil foi oficializado e sistematizado em 1923, pelo Decreto nº 16.300/23, no Rio de Janeiro, mediante a organização do serviço de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse departamento procurou adequar o ensino de enfermagem de acordo com as necessidades do mercado, ficando sob a responsabilidade de enfermeiras da Fundação Rockfeller (Estados Unidos), trazidas para o país para coordenar a escola, que em 1926, passou a ser designada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e, em 1931, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Somente poderiam ser reconhecidos como profissionais enfermeiros os diplomados nessa escola ou aqueles que concluíam o curso de enfermagem em outra instituição de ensino e, após, faziam a revalidação do certificado por essa entidade. Além disso, o termo "enfermeira padrão" advém historicamente da denominação popular da Escola de Enfermagem Anna Nery que, na época, ficou conhecida como Escola Padrão pelo fato de as Enfermeiras norte-americanas assim se intitularem, como forma de caracterizar a Enfermagem como ciência de nível superior (RODRIGUES, 2013).

Monteiro (2009) descreve que no final da década de 40, por meio da Lei n° 775/49, a Escola Anna Nery deixou de ser considerada como modelo padrão de equiparação para outras escolas de Enfermagem, sendo, então, de responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde, a função de organização e regulamentação do ensino de Enfermagem. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABen) contribuiu com a profissionalização da Enfermagem, após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, quando enviou um relatório ao Conselho Federal de Educação (CFE) sugerindo a organização de um currículo mínimo para

o curso de graduação em Enfermagem, sendo essa proposta aceita e instituída pelo Parecer nº 271/62, em 1962, com a aprovação da duração do curso para três anos e fomentou os cursos de especialização em Saúde Pública (ANDRADE, 2010; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2018).

Silva *et al.* (2010) discorrem que em 1972 foi instituído, no Brasil, o novo currículo mínimo para o Curso de Enfermagem de quatro anos de ensino com habilitações em Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Médico-Cirúrgica. Embora as diretrizes desse currículo geravam descontentamento, visto que não contemplavam aspectos institucionais e regionais de cada localidade brasileira, ele foi mantido até o início da década de 90 quando foi substituído por um novo currículo de curso (1994) que propunha a prevenção e promoção através de ações educativas em saúde. Tais diretrizes curriculares modificadas no currículo emergiram fomentadas com a criação do Sistema Único de Saúde (1988-1990) o qual preconizava que a saúde é um direito de todos os brasileiros sendo dever do Estado prover condições para que esta seja garantida.

Para Fernandes *et al.* (2013) o processo de implantação do SUS, no Brasil, trouxe o desafio de redirecionar as práticas de Enfermagem para o atendimento integral à saúde coletiva e individual da população. Esse desafio reflete na construção dos Projetos Políticos Pedagógicos do Curso de Enfermagem, bem como no processo pedagógico de ensino teórico e prático, pois visam direcionar a formação de profissionais aptos a atuar junto a dificuldades encontradas na atualidade em relação à promoção à saúde. Os autores esclarecem que o profissional do futuro deve aprender a aprender de forma constante, com o intuito de adquirir conhecimentos que lhe ofereçam autonomia e capacidade de resolver situações diversas e inesperadas em seu cotidiano de trabalho, assim como fornecer aptidões que lhe proporcione condições de agir com segurança e competência nas mais diversas ocorrências, utilizando-se de meios disponíveis em seu ambiente de trabalho. Afinal, o processo de formação do Enfermeiro passa por alguns contrapontos tais como a aversão dos profissionais a modificações no ensino, à falta de reflexão no quesito docência e à falta de integração entre o ensino e o serviço de saúde o que reflete diretamente na assistência à saúde.

Nesse contexto, as ações em saúde devem ser permeadas por meio de atuações políticas e sociais com o intuito de assegurar o acesso à saúde de forma igualitária, entretanto, este acesso parece estar distante da realidade em nosso País, se considerarmos as situações precárias e desumanas mostradas pela mídia nos hospitais. Assim, vale a reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, visto que as Diretrizes do Curso de Enfermagem preveem o Sistema Único de Saúde como campo de formação de recursos humanos para a área da saúde, sobretudo, novos estudos devem ser realizados sobre o tema, pois se o sistema não é capaz de garantir a saúde de forma integral, possivelmente pode não garantir um ambiente adequado

para a educação em saúde, ou apresentar dificuldades para alunos e professores (RODRIGUES, 2013).

Em 1996 foi estabelecida, no Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases para a organização da Educação Nacional (LDB). Essa legislação teve como um dos seus objetivos fornece bases para a formação dos currículos dos cursos superiores, entre esses, o da Enfermagem. Tais disposições estão listadas no capítulo IV, artigo 43, que trata das finalidades da Educação Superior no Brasil. Com base nessa legislação, no ano de 1997, o Ministério da Educação (MEC), por meio do Edital nº 4/97, convocou representantes das Instituições de Ensino Superior para que enviassem propostas que, posteriormente, comporiam as Diretrizes Curriculares Nacionais (GALLEGILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Rodrigues (2013) ressalta que mudanças significativas mesmo na Educação Superior em Enfermagem no Brasil ocorreram após a publicação das Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem em 2001, cujo documento continha, como estrutura principal, normas regulamentadoras para habilitação na Graduação em Enfermagem. Também, os Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEns) foram espaços utilizados pela ABEN para discussões que apoiariam a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem de 2001. Diante da situação, o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho, Secretaria da Educação Superior, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira e do Ministério da Educação, lançaram em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), portanto, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de aprimoramento dos formadores e trabalhadores de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Desse modo, esse órgão adota como estratégia a capacitação dos profissionais de saúde como solução para promover a saúde e prevenir doenças, por meio da integração entre ensino e serviço, além da reorientação da formação para o atendimento das ações integrais do SUS (BRASIL, 2007).

De acordo com Fernandez *et al.* (2013), o Pró-Saúde tem como premissa a integração entre o ensino e serviço, fortalecendo a introdução de estudantes junto ao Sistema de Saúde, sendo a rede básica do SUS o ambiente preferencial para o ensino prático relacionado à promoção da saúde. Entretanto, as Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem de 2001 já previam o SUS como principal campo de atuação para o ensino prático, tendo como estratégia as Universidades como apoio para o fortalecimento do Sistema de Saúde. Nota-se que a estratégia do Pró-Saúde tem como fator determinante a transformação do ensino de graduação por meio da atuação das universidades junto ao sistema de saúde que, por sua vez, favorece a integração do aprendizado com a realidade da saúde, bem como o diagnóstico de situações que busquem a manutenção da saúde. Para tanto, as recomendações

são de que o aluno interaja com os usuários e profissionais de saúde desde o início da graduação, assumindo e reconhecendo seu papel como profissional de saúde, destacando a atuação nas atividades educativas e sociais em meio à população "[...] deslocando o foco central da doença [...] para a prevenção de risco de adoecer, assim como a reabilitação em saúde" (BRASIL, 2007, p. 45).

Entretanto, as mudanças que os Cursos de Enfermagem devem buscar para a formação do profissional Enfermeiro são apresentadas pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem e estão fundamentadas nos itens relacionados a habilidades e competências que tendem a desenvolver enfermeiros com aptidões de aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser. Esses são os rumos que a enfermagem deve seguir nesse novo milênio por meio de adequações de seus Projetos Político-Pedagógicos, tais mudanças visam ao aperfeiçoamento de ações de educação para o Sistema Único de Saúde, conforme destacado na lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90, com a interação ensino e serviço de forma inovadora, tendo como objetivo o suprimento das necessidades de saúde do Brasil relacionadas aos cuidados de Enfermagem (BRASIL, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o ensino da enfermagem tem sido historicamente marcado pela constante implementação de mudanças curriculares nos cursos de graduação e discussões de propostas pedagógicas, passando por várias fases de desenvolvimento ao longo dos anos. Assim, o presente artigo objetivou resgatar informações sobre o ensino de enfermagem no contexto brasileiro, tomando como ponto de partida o histórico da formação profissional, visando contextualizar a profissionalização dessa categoria de trabalhadores em saúde.

Salienta-se que não houve, em momento algum, a intenção de esgotar tal discussão, mas entender a história do ensino e a profissionalização da enfermagem. Além disso, muitos são os desafios enfrentados pela classe de Enfermagem, tais como, efetividades de ações políticas, integração ensino - serviço, dificuldades de adaptações aos novos currículos, multiplicação dos cursos de graduação, o que gera aumento excessivo de profissionais enfermeiros no mercado de trabalho. Também, a não efetivação das ações de saúde descritas no SUS e a segregação da profissão em classes confunde usuários e a população, tornando invisível e despercebida a importância do enfermeiro no contexto de saúde. Então, percebe-se a urgência na valorização e reconhecimento desses trabalhadores de enfermagem por meio de ações locais, regionais, nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rosana Cássia Rodrigues; RESENDE, Marilene Ribeiro. Aspectos legais do estágio na formação de professores: uma retrospectiva histórica. **Rev. Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 1, n. 2, p. 230-252, jul./dez. 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. 2011. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/index.php?path=26. Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES nº 3, de 7 de novembro de 2001.** Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Brasília DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 87 p.

BURIOLLA, Marta Alice Freten. **O estágio supervisionado.** 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CARRIJO, Alessandra Rosa. **Ensino de história da Enfermagem:** formação inicial e identidade profissional. 2012. 172 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 371/2010.** Dispõe sobre participação do Enfermeiro na supervisão de estágio de estudantes dos diferentes níveis de formação profissional de Enfermagem. 2010. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3712010_5885.html. Acesso em: 07 set. 2018.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. de C. A Gênese o desenvolvimento histórico do ensino de Enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, 2001.

FERNANDES, Jocicélia Dumet *et al.* Expansão da Educação Superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, 21 (3), [08 telas]. maio-jun. 2013.

MONTEIRO, B. A. **Diretrizes e bases da educação nacional e Escolas de Enfermagem na década de 1960:** uma visão histórica. 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

OGUISSO, Taka; FREITAS, Genival Fernandes; SILES GONZÁLEZ, José. **Enfermagem:** história, cultura dos cuidados & métodos. Rio de Janeiro: Águia Dourada, c2016. xx, 315 p. ISBN 978-85-88656-67-3.

PORTO, F.; AMORIM, W. (org.). **História da enfermagem:** identidade, profissionalização e símbolos. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2013. 500 p. ISBN 978-85-7728-295-1.

RENOVATO, R. D. *et al.* As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da Enfermagem. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7. n. 2, p. 231-248, 2009.

RODRIGUES, Micaías Andrade. Quatro diferentes visões sobre o estágio supervisionado. **Revista Brasileira de Educação,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 55, out./dez. 2013.

SILVA, M. G. *et al.* Processo de formação da (o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176- 184, 2010.

FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NA UNISC: A AQUISIÇÃO DO "HABITUS" E O CAMPO A PERTENCER

Ana Zoé Schilling[1]

A história da Enfermagem profissional no Brasil demonstra os fortes vínculos da emergência dessa profissão com transformações político-técnicas do setor saúde e, como não poderia deixar de ser, com a implantação de processos formais de ensino, reconstruídos para a formação do profissional.

Nesse processo encontramos novos discursos, novas práticas e novas políticas, muitas vezes dissociadas da educação de profissionais da saúde. Melhor dizendo, a formação de profissionais da área da saúde tem, na maioria das vezes, uma relação ainda um pouco distanciada da política de saúde vigente no país, com dificuldades na adequação de suas práticas às reais necessidades da maioria da população, tendendo a seguir interesses de facções dominantes da sociedade.

Na UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul, a formação em Enfermagem sempre pretendeu profissionais que viessem suprir essa lacuna, introduzindo desde cedo o contato dos estudantes com a realidade social.

A problemática do estudo aqui apresentada foi a verificação da formação de enfermeiros sob o olhar da sociologia reflexiva da prática de Bourdieu, especialmente em suas abordagens sobre "habitus" e campo. Para Ortiz (2013, p.17), Bordieu define "habitus" como:

> [...] um sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente regulamentadas e reguladas sem que por isso sejam o produto de obediência de regras, objetivamente adaptadas a um fim, sem que se tenha necessidade de projeção consciente deste fim ou do domínio das operações para atingi-lo, mas sendo, ao mesmo tempo, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um maestro.

Assim, temos que o "habitus" tende a conformar e orientar as ações dos agentes sociais, uma vez que é produto das relações sociais. Ele gera e dá sustentação às práticas sociais, as quais vão dar origem a outras ações, fazendo com que indivíduo e sociedade tomem conhecimento do mundo em que vivem.

1 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

O "habitus" adquirido na formação da graduação, por exemplo, será transformado em experiências que, por sua vez, vão dar lugar a novos "habitus" de transformação de um determinado grupo, estando estas anteriores sempre à frente de todas as experiências que o grupo venha a ter no futuro.

Em relação ao campo, Bourdieu denomina como o "espaço onde as posições dos agentes se encontram 'a priori' fixadas" (ORTIZ, 2013, p. 21). Nesta definição, o campo se define como o lócus onde se trava uma luta concorrencial entre os atores em torno de interesses específicos que concretizam a área em questão.

É um espaço onde se manifestam relações de poder, estruturando-se a partir da distribuição de poderes entre os seus agentes, o que acaba por determinar a posição de cada um no grupo. A posição dos agentes no grupo é distribuída em dois polos que são o dos dominantes e o dos dominados. Um campo que abriga normas próprias de produção e avaliação dos produtos por ele produzidos, permitindo compreender o que lhe é interno e externo, possibilitando o reconhecimento e a identificação com a cultura existente (BOURDIEU, 2018).

Assim, entendemos que o espaço profissional também funciona como um campo, uma vez que os profissionais, como agentes sociais, se apropriam do seu trabalho e legitimam suas ações, as quais só poderão se realizar com a colaboração consciente ou com a cumplicidade inconsciente dos outros agentes profissionais, num encontro e confronto de posições e atitudes, tomadas de decisões e autonomias.

O "habitus" deve ser compreendido, segundo Bourdieu (2013), como uma estrutura (forma objetiva) e como percepção, classificação e avaliação (forma subjetiva) que, como instrumentos intelectuais geradores de práticas ultrapassam os limites teóricos. É uma maneira de ser e de agir adquirida de forma interiorizada e cronológica, demonstrada exteriormente pela prática.

Ainda conforme o autor, socialização é um processo que se desenvolve com a aquisição de uma série de "habitus", principalmente durante o período de formação das primeiras categorias ou valores do ser social. A aquisição desses "habitus' vão orientar também as práticas desses agentes no futuro, por isso, deve ser dada maior atenção na primeira fase de sua formação. Além disso, as estruturas de um "habitus" anterior comandam o processo de estruturação de novos "habitus" a serem produzidos.

Para Bourdieu, o "habitus" se configura como um sistema de disposições (tendências, propensões, inclinações) duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações, tornando possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma forma e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidos por estes resultados (ORTIZ, 2013, p. 68).

As novas experiências vão trazendo transformações gradativas do "habitus", embora não trazendo mudanças essenciais, possibilitando novas práticas ou ações, chamadas de correções. Sendo o "habitus" uma estrutura estável, mas não permanente, que comanda o processo de estruturação de um novo "habitus", as correções e os ajustamentos que vêm a ser feitos na realização das práticas são conscientemente operados pelos próprios agentes, o que supõe que eles têm uma espécie de código comum, fazendo com que os empreendimentos coletivos tenham uma certa concordância entre os "habitus" dos agentes mobilizadores, garantindo o sucesso da ação (PINTO, 2002).

Ainda segundo Pinto (2002) as práticas ou obras dos agentes sociais, produtos de um "habitus", trazem características semelhantes apreendidas em uma época, grupo ou classe e carregam uma marca particular que os identifica. Essa marca, de certa forma, identifica o campo de atuação do agente. É o campo que mostra ao agente que tipos de estratégias deve adotar para a realização das ações. Dentro do campo, o agente tem incorporado o "habitus" que possibilita a percepção, a apreciação e a ação, a escolha, a tomada de decisões, a solução e a avaliação de problemas.

Observando-se a lógica da gênese do "habitus", está clara a série cronológica da construção das estruturas apresentada por ele. Assim, por exemplo, o "habitus" adquirido na família está no princípio da estruturação da experiência escolar. Este, por sua vez, depois de transformado pela ação escolar de forma diversificada, está no princípio da estruturação de todas as experiências posteriores e assim ocorre a reestruturação do "habitus". O sistema de ensino, por exemplo, que é a instância qualificada para assegurar a reprodução dos esquemas de ação, de expressão, de concepção, de imaginação, de percepção e apreciação na formação social, deve produzir, num processo prolongado de 'inculcação', agentes dotados de um "habitus" secundário capazes de conservar e transmitir a cultura (JOURDAIN; NAULIN, 2017). Para Bourdieu (2018, p. 222):

> Encarregada de comunicar estes princípios de organização, a escola deve ela mesma organizar-se com vistas a cumprir esta função. Para permitir este programa de pensamento chamado cultura, deve submeter à cultura que transmite uma programação capaz de facilitar sua transmissão metódica. A escola não oferece somente as indicações do que deve ser valorizado, mas também define os itinerários, os métodos e programas de pensamento que balizam a trajetória posterior do pensamento. É por meio desta marca de aquisição dos esquemas constitutivos da cultura que se pode diferenciar o autodidata do homem formado pela escola.

Nesse sentido, podemos perceber a importância de se ter bem definidos os propósitos de um projeto político-pedagógico para os cursos e uma sólida

programação curricular nos campos de formação.

Os agentes, para terem reconhecidas as suas ações, passam por exigências em matéria de competência, tanto geral quanto específica, contribuindo para a 'autonomização' do próprio campo. Por isso, o campo não é o resultado de ações individuais dos agentes. Ele se fortalece a partir das relações existentes no seu interior e se manifesta através das estratégias de ação dos seus agentes que, em última instância, são os que têm a responsabilidade da transformação ou da conservação da sociedade (JOURDAIN, NAULIN, 2017).

Conforme Pinto (2002, p. 83) "[...] dentro do espaço social como espaço diferenciado, grupos de agentes conquistam uma posição na divisão do trabalho que os habilita a manipulação legítima de determinados produtos simbólicos", o que nos permite compreender os princípios da divisão interna desses agentes e as suas relações com as questões externas, ou seja, compreender que as funções sociais, por terem sua lógica própria, são legitimadas por uma espécie de ordem social.

A Enfermagem atua num cenário sobre o qual incide um projeto que tem como proposta a transformação desse cenário, a partir da formação de profissionais em saúde. Nele acontecem as relações e integração entre população, instituições, serviços de saúde e Universidade. A realidade do cotidiano vivida e construída pelos atores desse cenário é amplamente considerada como subsídio para a concretização deste estudo.

Este estudo teve como objetivo fazer uma reflexão filosófica e sociológica sobre a aquisição do "habitus" e do pertencer ao "campo" na formação em Enfermagem da UNISC. Foi realizado a partir de vivências ao longo de mais de 20 anos na participação da formação de enfermeiros desta universidade.

Alguns princípios teóricos da sociologia da prática de Bourdieu (2013), abordados neste estudo, serviram de base para as discussões: "Habitus"; Campo; Produto das Relações Sociais; Matriz de Percepções, Ações e Apreciações; Estrutura Estruturante da Ação; Orientador da Ação e Gerador da Prática; Gerador de Representações e Códigos; Mediador Universalizante; Transponível, faz a consertação das ações de forma durável; Processualmente adquirido e interiorizado; Espaço de operacionalizações e práticas coletivas; Espaço de geração, divulgação e transformação do saber; Definidor da posição dos agentes; Legitimador de uma ordem social; Normatizado segundo lógica própria.

O Curso de Enfermagem da UNISC, seguindo as diretrizes curriculares preconizadas, visa a formação de profissionais generalistas, críticos e reflexivos, capacitados a exercer atividades de assistência de Enfermagem a indivíduos, famílias e outros grupos sociais, ajudando a manter o equilíbrio do ser humano por meio da promoção, proteção e recuperação da saúde e da reabilitação nas enfermidades, contando com o indispensável conhecimento científico e tecnológico, acompanhando

a evolução e o desenvolvimento na área da saúde. Visa também a formação de profissionais capazes de conhecer e intervir nos problemas e situações de saúde e de doença mais prevalentes considerando o perfil epidemiológico nacional, com ênfase nas questões regionais, identificando as dimensões bio-psico-sociais e seus determinantes. Este enfermeiro deve estar capacitado ainda a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Tomando-se a formação de enfermeiros da UNISC, objeto deste estudo, para uma análise à luz do pensamento de Bourdieu, temos que o curso de graduação tem responsabilidades na formação do "habitus" e do campo em Enfermagem. O processo ensino-aprendizagem promove a aquisição desse "habitus", que é orientador e gerador de práticas, possibilitando ao profissional pertencer ao campo de Enfermagem, já que este é um campo de práticas coletivas que legitimam a sua posição: a de ser enfermeiro.

A Enfermagem tem normas próprias, que são norteadoras das suas ações e que definem seu campo de atuação. Essas ações são instituídas através das leis e diretrizes curriculares nacionais, frutos de discussões feitas com a categoria a partir do seu entendimento sobre a atuação do profissional enfermeiro. Tais atribuições são traduzidas em competências e habilidades a serem adquiridas pelos estudantes nas escolas de Enfermagem, sob a responsabilidade e direção de uma filosofia de trabalho, bem como da prática dos seus professores. Ocorre, então, uma 'interiorização' ou 'internalização' dessas ações e princípios da Enfermagem, dotando os alunos de um "habitus" característico que os define como pertencentes ao campo da Enfermagem (CUNHA, 2004).

Para a autora, a escola de Enfermagem é geradora e reprodutora da cultura de Enfermagem, atua como força formadora de "habitus" e é, por isso, o apoio na adaptação à sociabilidade dos futuros enfermeiros, que vão encontrar na educação em Enfermagem um poder simbólico e invisível para a construção da sua identidade profissional. Este poder simbólico está implícito nas bases curriculares do curso e são transmitidos através de princípios geradores de uma unicidade particular da Instituição de Ensino.

Segundo Bourdieu (2013, p. 21) "uma das funções da noção de "habitus" é a de dar conta da unicidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes" e estes são reconhecidos por meio de categorias sociais porque utilizam princípios e práticas comuns.

O cuidado, prática a ser adquirida e utilizada pelo enfermeiro, tem sido abordado e estudado em seus conceitos, teorias, aplicações e implicações filosóficas na Enfermagem com mais intensidade nas últimas décadas e é consenso de que "cuidar, como verbo designativo de uma ou várias ações, traduz muito mais que uma atitude

puramente técnica. O cuidado, como ato, é amplo e abarca em seu sentido todos os sentimentos que temos, enquanto pessoa" (SOUZA, 1999, p. 20).

Segundo Waldow (1995) as discussões acerca do cuidado na Enfermagem têm sido influenciadas pelo pensamento filosófico adotado pela Associação Internacional para o Cuidado Humano, cuja existência tem o propósito de fazer estudos sobre o tema, avançando assim nestes conhecimentos, que, por sua vez, são disseminados entre a categoria. Desta forma, o tema cuidado vem sendo discutido desde o final da década de recentemente no Brasil.

Para Cunha (2004) a unicidade de pensamento em relação ao cuidado na enfermagem é aqui entendida como uma relativa homogeneidade ou harmonização de classe ou de grupo que possa produzir semelhanças em torno de princípios de prática, sendo também considerada a "mediação universalizante", características do "habitus" em Bourdieu.

A Enfermagem tem características profissionais próprias se identificam com o ajudar, cuidar, considerando-a como "a profissionalização da capacidade humana de cuidar, através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à Enfermagem" (WALDOW, 1995, p. 17).

Ainda segundo a autora, neste sentido, a educação em Enfermagem tem uma função determinante na qualidade deste cuidado, porque deve desenvolver capacidades profissionais através de modelos de conduta, de filosofias e de habilidades, fazendo com que os futuros enfermeiros exerçam sua profissão dentro desses princípios, que, de certa forma, dão a unicidade desejada para a categoria. "No momento em que o cuidar/cuidado passa a ser considerado como uma unidade valorativa e a essência da Enfermagem, a categoria estará mais apta para reivindicar aquilo que lhe caracteriza" (WALDOW, 1995, p. 24).

Percebe-se que os princípios que hoje dão a unicidade na Enfermagem da UNISC são a ética, o humanismo e a valorização do cuidado, estando em consonância com os princípios preconizados pela categoria, discutidos nos Congressos Brasileiros de Enfermagem e constantes como perfil do egresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (CNE/CS nº3/2001). Tais princípios são percebidos também no contexto do Projeto Pedagógico do Curso, na prática docente e nas atitudes da maioria dos discentes da instituição.

Para Bourdieu (2013), o campo é um espaço social de operacionalização de práticas coletivas e de relações sociais, permitindo compreender as relações internas e externas, legitimando esta unicidade. A Enfermagem é uma comunidade científica e cresce como campo de produção de funções sociais a partir do momento em que é evidenciada a necessidade do profissional enfermeiro nessa sociedade.

A necessidade desse profissional reforça a sua identidade na região de abrangência da Universidade, uma vez que, em seu campo de trabalho, esses enfermeiros

têm realizado práticas estabelecidas como necessárias ao desenvolvimento em saúde nesta região. As ações realizadas por esses profissionais são reguladas por uma homogeneidade relativa, ou seja, ações de Enfermagem adquiridas principalmente a partir de seus formadores e de suas condutas transmitidas via currículo. Além disso, o egresso ou o aluno realiza as ações que ele se sente apto a executar e que foram 'inculcadas' como sendo a função do enfermeiro na sociedade. Ele realiza aquilo que já foi adquirido e 'interiorizado'. O habitus está presente no princípio desta ação e é utilizado como estratégia para legitimar a percepção, a apreciação e a tomada de decisão na realização dessa prática (CUNHA, 2004).

Ainda lembrando Bourdieu, constatamos que na Enfermagem da UNISC evidenciam-se princípios geradores de práticas, apontados como elementos que fazem a 'transposição', ou seja, fazem a regulação das novas práticas adquiridas pelos formandos e formados a partir das práticas dos formadores. Esses princípios são, seguramente, temas e objetos de pesquisa e discussão que os enfermeiros vêm fazendo acerca de questões consideradas importantes para a categoria, pois vêm emergindo, aparecendo em várias oportunidades de discussão, de onde se pode concluir que sustenta uma certa unicidade de pensamento, ou seja, de que são questões primordiais para a prática de Enfermagem e que, para tanto, precisam ser apreendidas e transmitidas.

Se tomarmos a formação de enfermeiros através da aquisição de competências, temos que essas se produzem com capacidades necessárias para ações específicas de Enfermagem, reconhecidas pela categoria e legitimadas pela sociedade. Essas competências tornam-se, assim, parte do projeto pedagógico do curso e todo o processo de aprendizagem se volta para a sua aquisição.

As competências, portanto, seriam aprendizados construídos durante o processo de formação acadêmica, enfatizando as dimensões sociais e simbólicas da ação, lembrando Bourdieu. Isso significa que, ao se definir que uma competência precisa ser adquirida, é preciso levar em consideração as suas condições sociais, a sua difusão e reprodução para não se correr o risco de estar apenas habilitando o indivíduo para tarefas pertinentes a fatos isolados. Além disso, as competências vão sendo adquiridas gradativamente num processo de transposição, tal como a aquisição do "habitus", levando-se em consideração que podem sofrer mudanças e dependem das habilidades. Transposições são influenciadas pela crítica e avaliação pessoal de cada aluno, possibilitando a aquisição de um novo "habitus" para o desenvolvimento de competências (CUNHA, 2004).

Os enfermeiros realizam práticas semelhantes que os identificam como pertencentes ao mesmo grupo ou classe, portanto, essas práticas são consideradas legítimas, funcionando como 'mediadoras universalizantes', ou seja, fazem com que as ações sejam vistas como sensatas, viáveis, traduzidas em um certo código comum, reconhecidas pela sociedade, garantindo o sucesso de quem as realiza.

O campo, segundo Bourdieu, é o definidor da posição dos agentes e obedece a uma lógica própria (JOURDAIN; NAULIN, 2017). Na Enfermagem essa lógica própria foi traduzida em competências e habilidades que são transmitidas aos graduandos através de um currículo regulado pelas instâncias oficiais e órgãos de classe definidos hierarquicamente.

A inserção do profissional no campo ou, conforme Bourdieu, a 'posição' do agente se dá através da sua capacitação em uma escola de Enfermagem apta a habilitá-lo, o que significa que este agente adquiriu competências para a consolidação de "habitus" considerados suficientes para iniciar atividades inerentes à profissão e ocupar uma posição dentro desse campo. Depois da sua inclusão oficial, esse agente ainda vai precisar legitimar o seu ingresso nesse campo através da realização de práticas e ações de Enfermagem que comprovem a sua habilidade e sua competência profissional (CUNHA, 2004).

Para Araújo Netto (2000, p. 93) há um "processo de interiorização do papel do enfermeiro através das exigências expressadas pelos trabalhadores como condição de ser enfermeiro" e essas exigências fazem a adequação ao seu papel que são relativas a: exercer este papel, ou seja, é imprescindível o fazer a prática, ao domínio ou controle sobre os problemas e sobre a equipe, ao domínio dos instrumentos de trabalho (técnico e científico) e à comprovação de um conhecimento teórico solidificado na prática e adquirido em formação acadêmica.

A autora detectou que, no campo de autonomia do enfermeiro, há uma relativa independência na condução das tensões, incorporando uma certa maleabilidade ao ser e fazer Enfermagem, ou seja, há uma estruturação de ações que procuram induzir, facilitar ou converter situações tensas, percebidas como formas de poder, como possibilidades de resistência. Para tanto, este agente vai enfrentar a concorrência entre os seus pares, uma vez que o campo é detentor de agentes dominantes e dominados (ARAUJO NETTO, 2000).

Para Bourdieu (2013), no espaço do campo, a posição dos agentes é conquistada a partir de evidências ou diferenciais na prática diária, pois, tal como acontece na Enfermagem, as práticas realizadas por enfermeiros são identificadas como práticas de Enfermagem, porém, entre os agentes desse grupo, cada indivíduo é diferente e realiza sua prática diária de uma forma diferenciada e perceptível apenas ao grupo, o que o torna, de certa maneira, evidenciado. Este agente, então, é colocado numa posição de líder ou dominador. As relações de força vão produzindo pequenas transformações no campo, resultado de conflitos e estratégias de conservação ou de subversão, dependendo da eficácia da estratégia ou da posição em que se encontra o agente. Dessa forma, o espaço de discussão e interação altera e atualiza o campo.

Para cada espaço a ser conquistado dentro desse campo, haverá uma disputa de dominação, o que se traduz, na Enfermagem, pela necessidade da busca de

novos conhecimentos. O desejo de atualização na profissão é também uma forma de investimento e abertura de espaços dentro do campo de atuação. O saber é uma fonte de dominação e conquista de espaços em uma mesma classe (CUNHA, 2004).

Quando Bourdieu refere que essa estrutura geradora de práticas é 'coletivamente orquestrada', está apontando para a aquisição de um "habitus" comum a um grupo que realizou uma 'transposição' a partir da 'internalização' proporcionada por uma escola, por exemplo, e que transmitiu certos princípios e competências com o objetivo de tornar comum aos membros desse grupo, práticas que possam lhes dar uma identidade na sociedade. Assim, as práticas realizadas pelo grupo, nesse caso alunos de Enfermagem, foram transmitidas pelos seus educadores. Esses alunos buscam uma identidade de classe dentro da sociedade e desejam ser identificados como enfermeiros a partir das ações que desenvolvem e que lhes foram transmitidas por membros dessa mesma classe, legitimadas pelo saber de Enfermagem (CUNHA, 2004).

Pierre Bourdieu (1930-2002), com seus escritos e inferências influenciou de forma envolvente as análises feitas neste estudo, principalmente quando discute a sociologia reflexiva da prática em relação ao "habitus" e ao campo, possibilitando uma inter-relação com as práticas e a identidade de Enfermagem. A aquisição do "habitus" para a realização das práticas profissionais se dá através da "interiorização" ou compreensão de seu significado, o que ocorre durante a formação. No que se refere ao campo de desenvolvimento dessas práticas, esse é o espaço onde são desenvolvidas, trazendo reflexões sobre a identidade profissional.

Campos de prática são fontes de conhecimentos, de problemas e conflitos com o objetivo de mudar a maneira de atuar, ou seja, mudar a conduta, a partir do que Bourdieu chamou de "transposição". O currículo de formação profissional em enfermagem precisa integrar diferentes conteúdos, cenários de ensino e de prática, incluindo a participação dos atores sociais para que possam estar fortalecidas, com capacidade para agir e transformar a realidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO NETTO, Laura F. dos Santos. **O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano do trabalho.** 220 p. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Cuiabá, 2000.

BRASIL - Ministério da Educação. Portaria número 3, de 07 de novembro de 2001. Dispõe sobre as diretrizes e bases para a graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas.** 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013. 361 p. (Ciências Sociais. Série Estudos).

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas sobre a teoria da ação.** 10. ed. Campinas: Papirus, 2018.

CUNHA, Ana Zoé S da. **Atores e práticas na formação em Enfermagem na UNISC:** avaliação em perspectiva avaliativa. 165 f. : il. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2004.

JOURDAIN, Anne; NAULIN, Sidonie. **A teoria de Pierre Bourdieu e seus usos sociológicos.** Sociologia: pontos de referência. São Paulo: Ed Vozes, 2017.

ORTIZ, Renato (org.). **A Sociologia de Pierre Bourdieu.** 12. ed. São Paulo: Ed. Olho DÁgua, 2013.

PINTO, Louis. **Pierre Bourdieu y la teoria del mundo social.** Buenos Aires: Ed. Siglo Vinteuno, 2002.

SOUZA, Mariana F. O surgimento e a evolução histórica das teorias de Enfermagem. In: SENADEN, 3., 1999. Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: [*s. n.*], 1999.

WALDOW, V. R. Desenvolvimento do pensamento crítico na Enfermagem. *In:* WALDOW, V. R; LOPES, M. J.; MEYER, D. (org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar.** A Enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.109-134.

DESAFIOS DOS FAMILIARES CUIDADORES NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Caroline Cervo[1]
Luciane Maria Schmidt Alves[2]

INTRODUÇÃO

A assistência prestada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aos familiares de pacientes em cuidados paliativos no domicílio e as ações que desenvolvem nesse processo de cuidado têm se tornado cada vez mais comuns e importantes, devido ao aumento de pessoas portadoras de doenças crônicas degenerativas e neoplásicas. De acordo com dados de 2014 do Ministério da Saúde (MS), houve um aumento das doenças crônicas degenerativas, incapacitantes e incuráveis e das doenças neoplásicas. Tais doenças são consideradas um sério problema para os gestores de saúde, pois se tratam de um problema de saúde pública que, no ano de 2008, foi responsável por 63% das mortes no mundo. No caso do Brasil, em 2013, aproximadamente 72,6% das mortes foram causadas por algum tipo de doença crônica. Dessa forma, busca-se adequação da assistência prestada pelos profissionais de saúde para/com os pacientes em cuidado paliativo domiciliar (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem priorizado ações em relação ao cuidado domiciliar para pacientes em cuidado paliativo desde 1996. Esse tipo de assistência, destinado a pacientes com doenças crônicas e dependentes, tem o objetivo de proporcionar um cuidado mais humanizado, garantindo bem-estar ao paciente e maior proximidade com a família cuidadora. Assim, a família passa a ser protagonista nesse processo de cuidado (SIMÃO; MIOTO, 2016).

A ESF possui o papel de reestruturar a assistência prestada na atenção primária, pois fortalece a proximidade do familiar e do paciente junto aos profissionais de saúde, estabelecendo vínculos de confiança e assistência humanizada. Aos profissionais de saúde, que prestam assistência domiciliar, cabe a função de construir tais vínculos aproximando-se da comunidade, valorizando o conhecimento de cada indivíduo e, adequando o cuidado conforme a individualidade e necessidade de cada família (MENEGUIN; RIBEIRO, 2016).

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC

Para Ribeiro *et al.* (2014), dentre os possíveis locais em que a equipe de saúde pode oferecer assistência ao paciente, o domicílio é o que melhor possibilita a união de paciente, familiar e equipe. Assim, o familiar torna-se o receptor das ações educativas proporcionadas pela equipe; o paciente é o objetivo de toda atenção e vigilância; e a equipe presta todo apoio e orientações das quais a família necessita, sanando dúvidas que podem surgir no decorrer da assistência. É importante conhecer as condições de assistência que os pacientes estão recebendo no domicílio, para assim, poder intervir junto com a família.

O presente estudo teve como objetivos desvelar os principais desafios dos familiares que prestam assistência no domicílio ao paciente em cuidado paliativo e identificar como a equipe da ESF auxilia nesse processo.

MÉTODO

A pesquisa realizada é qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Na pesquisa qualitativa, o próprio ser humano expõe sua interpretação sobre o seu modo de viver, pensar, agir e a maneira como ele observa e entende esse contexto (MINAYO, 2014).

O estudo foi realizado em oito unidades de ESF da zona urbana do município de Santa Cruz do Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, e que possui uma população estimada em 127.429 mil habitantes (IBGE, 2017). O município possui 20 unidades de ESF, 15 delas se localizam na zona urbana e 5 na zona rural, abrangendo 72% da população (SMS, 2017).

A escolha pelas ESFs se deu pelo fato de a assistência domiciliar ser atribuição da equipe dessas unidades de saúde, principalmente a pacientes que estão em cuidados paliativos.

Os sujeitos da pesquisa foram cuidadores de pacientes com atendimentos domiciliares rastreados. Após contato prévio com as ESFs para prestar esclarecimentos e expor os objetivos da pesquisa, os dados foram fornecidos pelas enfermeiras coordenadoras das unidades. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: possuir familiar em cuidado paliativo, ser o cuidador principal, fazer parte da área da ESF, ser maior de 18 anos e aceitar participar da pesquisa.

Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado pela pesquisadora, no qual buscou-se fazer a caracterização pessoal e social do familiar cuidador, bem como, a identificação de suas vivências e expectativas em relação à equipe de saúde, foco desta pesquisa. As perguntas foram direcionadas, permitindo que o entrevistado expusesse suas vivências. As respostas dos participantes da pesquisa foram analisadas, e os dados foram armazenados pelo período de cinco anos, conforme prevê a CNS 466/12, garantindo assim, respaldo legal à pesquisadora e sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa.

Como procedimento ético, inicialmente encaminhou-se o projeto à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul para se obter a autorização e a formalização para o desenvolvimento da pesquisa nas ESFs da zona urbana do município. Após aprovação, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Unisc (CEP/UNISC) para apreciação. A pesquisa foi autorizada através do parecer número 2.167.767. Após a autorização dos órgãos competentes, foram contatados os coordenadores das ESFs, a fim de agendarem junto às famílias, a visita da pesquisadora.

Os sujeitos que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Também, foram comunicados que os dados da pesquisa seriam utilizados somente para a análise dos resultados e apresentação do estudo, ressaltando que, o anonimato seria garantido. As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora, e realizadas no domicílio de forma individual. Apesar de a pesquisa não apresentar riscos físicos aos sujeitos, poderiam ocorrer abalos emocionais, constrangimentos ou sentimento de tristeza durante os relatos à pesquisadora.

Os dados foram discutidos seguindo a análise temática que possibilita interpretações por parte do pesquisador através de uma palavra, de uma frase ou até mesmo de um resumo a respeito do assunto pesquisado (MINAYO, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo estão apresentados em temáticas, a saber: perfil socioeconômico dos entrevistados; avaliação dos entrevistados quanto à assistência prestada pela equipe das ESFs; e os sentimentos vivenciados pelos familiares cuidadores.

PERFIL SOCIOECONÔMICO

A primeira temática, perfil socioeconômico dos entrevistados, traz informações a respeito das características pessoais dos familiares cuidadores, como: sexo, idade, escolaridade, atividades de lazer e remuneração, como também, do tempo dedicado ao cuidado e do grau de parentesco com o paciente.

O roteiro de entrevista foi realizado com 33 sujeitos do sexo feminino e 9 do sexo masculino, totalizando 42 entrevistados que compreendem a faixa etária entre 25 a 80 anos de idade. Desses, a maioria (14 entrevistados) com idade entre 56 a 65 anos.

Conforme estudo realizado por Souza *et al.* (2014), a maioria dos cuidadores possuía idade entre 31 a 40 anos, seguido de cuidadores com idade entre 41 a 50 anos. No caso, neste estudo, a maioria dos cuidadores apresenta idade entre 56 e 65 anos.

A maior parte dos entrevistados são cuidadores do sexo feminino, corroborando com a pesquisa de Cesário *et al.* (2017), segundo a qual a maioria dos cuidadores pertencia a esse gênero. Essa situação está relacionada às questões sociais e culturais, pois as mulheres são vistas como cuidadoras, de fácil adaptação às mudanças, por ser característica feminina as atividades na família, como cuidar dos filhos, enquanto o homem é visto como o responsável por prover financeiramente a família.

Quanto ao nível de escolaridade, dentre os 42 sujeitos, a maioria (23 entrevistados) possuía o ensino fundamental incompleto. Uma pesquisa desenvolvida por Seima, Lenardt, Caldas (2014) mostrou que o nível de escolaridade do familiar cuidador foi superior a 8 anos, ressaltando que a baixa escolaridade não impede que o cuidador tenha conhecimento e compreensão, haja vista que consegue realizar adequadamente suas atribuições junto ao paciente. De acordo com Souza *et al.* (2014), o nível de escolaridade baixa auxilia na condição de cuidador, pois quando a escolaridade é baixa, há grande dificuldade para conseguir uma vaga no mercado de trabalho formal.

De maneira geral, as atividades de lazer citadas pelos entrevistados são desenvolvidas ao mesmo tempo em que prestam o cuidado e quando possível. A maioria referiu realizar atividades manuais; outros reúnem amigos para jogos de carta, assistem à televisão, distraem-se com o computador, fazem leituras e escutam música. A minoria dos entrevistados consegue realizar atividades físicas como caminhadas e ainda participar, nos fins de semana, de jogos. Também participam de grupos de convivência, baile da Igreja, missa, pescaria, Centro de Tradições Gaúchas (CTG), grupos da terceira idade, visitas aos familiares e amigos. Alguns (16 entrevistados) referem não realizar nenhuma atividade de lazer.

As questões relacionadas às atividades de lazer se relacionam com a pesquisa de Seima, Lenardt, Caldas (2014), em que os familiares cuidadores optam por desempenhar atividades de lazer como assistir à televisão, distrair-se com o computador e outras atividades manuais, conciliando o cuidado com as tarefas que podem ser desenvolvidas dentro do domicílio, evitando o afastamento do cuidador. Em concordância, na pesquisa de Marin *et al*. (2013), os cuidadores possuem pouca atividade de lazer, o que afeta a sua saúde, pois esses cuidadores ficam por longos períodos envolvidos no cuidado, o que pode levar ao desenvolvimento de problemas psíquicos, emocionais, físicos e de bem-estar.

Em relação à remuneração do cuidador, a maioria deles (39 entrevistados) não recebe remuneração para cuidar de seus familiares. Considerável parcela (29 entrevistados) respondeu que recebe outro tipo de remuneração: 20 são aposentados; 5 recebem benefício previdenciário; 1 entrevistado recebe ambos os benefícios ora citados. Outros, ainda, possuem outra renda desenvolvendo trabalho informal, como serviços domésticos.

Quanto ao valor da renda familiar, a maioria dos entrevistados (28 entrevistados) recebe entre dois e três salários mínimos, os demais recebem uma renda que varia de quatro a dez salários mínimos. A maior parte dos cuidadores menciona não ter dificuldades financeiras. A maioria (40 pacientes) recebe benefício previdenciário: 32 são aposentados e dizem utilizar esse benefício para comprar medicações. Em uma pesquisa realizada por Borghi *et al.* (2013), os familiares relatam não sentir dificuldades financeiras e utilizar-se da aposentadoria para gastos com medicações, materiais de higiene e outros utensílios para o paciente.

Em relação ao auxílio recebido por outros membros da família, a maioria (26 entrevistados) recebe auxílio dos familiares mais próximos como marido, irmãos e filhos para prestar o cuidado ao paciente. Os outros (16 cuidadores) prestam a assistência sozinhos, de forma a não possuírem auxílio de outros membros da família ou cuidadores remunerados.

Conforme Queiroz *et al.* (2013), torna-se necessária uma reorganização dentro das famílias para que o cuidado prestado ao paciente no domicílio não sobrecarregue o cuidador familiar. Importante salientar as questões dos rodízios e auxílios no cuidado ao paciente, evitando o sofrimento e adoecimento do cuidador responsável. A pesquisa de Cesário *et al*. (2017) mostra que, nas famílias onde ocorre a distribuição das atribuições relacionadas ao cuidado, o desgaste emocional se minimiza. As ações dos profissionais da saúde em relação ao autocuidado e orientações sobre a doença do familiar devem ocorrer para diminuir o desgaste dos cuidadores.

Em relação ao tempo em que estão na tarefa de cuidadores, considerável parcela dos cuidadores (14 entrevistados) cuida de seus familiares pelo período compreendido entre 1 e 6 anos. Dedica-se ao cuidado do familiar há mais de 56 anos (1 entrevistado),os demais, dedica-se no período de 11 a 42 anos. O tempo de cuidado de maior prevalência é de 1 a 8 anos. Quanto ao aspecto da jornada de horas dedicadas ao cuidado, o tempo diário de 34 entrevistados é de 24 horas ao dia.

Em relação ao vínculo do cuidador com o familiar, prevalece o parentesco de primeiro grau, que compreende filha (o), mãe, irmã e esposa, resultando em 35 entrevistados. Os cuidadores com parentesco de segundo grau (7 entrevistados) compreendem neta, sobrinha, genro, nora, primo e ex esposa. Para Souza *et al.* (2014), o vínculo do cuidador familiar com o paciente geralmente ocorre com parentesco de primeiro grau pela proximidade, designação e responsabilidade desse familiar, que exerce o cuidado e assume condutas e responsabilidades.

AVALIAÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA ESF

A segunda temática aborda o nível de satisfação dos familiares cuidadores em relação à assistência prestada pela equipe de saúde (acolhimento, resolutividade

da equipe, serviço disponível) e à assistência prestada ao paciente quanto às solicitações e dificuldades encontradas para o cuidado. Percebeu-se que a maioria (19 entrevistados) avalia o serviço como bom.

Os entrevistados que referiram o atendimento da equipe como muito bom compreendem 13 sujeitos. Demostraram insatisfação (4 entrevistados) com o trabalho da equipe de saúde. O Programa Melhor em Casa foi citado por alguns entrevistados que expressaram insatisfação com o atendimento da equipe da ESF. A importância das Agentes Comunitárias de Saúde foi citada por alguns sujeitos.

A maioria (36 entrevistados) respondeu que, sempre, se sente acolhido pela equipe de saúde; e os demais mencionaram que, às vezes, se sentem acolhidos. Conforme Souza *et al*. (2014), o fato dos familiares se sentirem acolhidos pela equipe de saúde é um fator favorável para a atuação da própria equipe na criação de redes e parcerias que facilitem o cuidado no domicílio. Para Queiroz *et al.* (2013), os profissionais da saúde devem conhecer as famílias que necessitam de apoio, que possuem pacientes em cuidados domiciliares, para, a partir das reais necessidades de cada indivíduo, criarem vínculos e auxiliarem essas famílias nos cuidados.

Em relação ao recebimento de visitas no domicílio, a maioria (39 entrevistados) afirmou receber essa assistência. Os demais responderam que recebem essa atenção quando chamam os profissionais. Quanto à frequência das visitas, 38 entrevistados responderam que recebem algum profissional de saúde em casa uma vez ao mês. O Agente Comunitário de Saúde foi o profissional mais citado, 29 entrevistados relataram receber visita desse profissional. O médico foi citado por 18 entrevistados e a enfermeira por 13 deles. Poucos mencionaram outros profissionais.

Conhecer as necessidades dos familiares cuidadores, bem como do paciente que recebe cuidado no domicílio, é essencial para auxiliar no planejamento do cuidado. Prestar essa assistência junto às famílias, dando suporte ao cuidador, perceber suas fragilidades e auxiliar na organização do cuidado são atribuições da equipe das ESFs, que devem ser pensada junto aos familiares e servir de apoio para o cuidado (QUEIROZ *et al.*, 2013). Conforme pesquisa desenvolvida por Marchi *et al.* (2016), a assistência junto ao familiar cuidador e paciente se fortalece com o auxílio das equipes das ESFs, uma vez que essas equipes conhecem a realidade de cada família através do vínculo estabelecido. Dessa forma, conseguem identificar fragilidades, planejar o cuidado e dar suporte ao cuidador e paciente conforme as necessidades e realidade de cada família.

Segundo esta pesquisa, quando necessitam de outros auxílios da equipe, as famílias costumam se deslocar até o serviço (21 entrevistados), outros solicitam auxílio aos agentes comunitários de saúde (15 entrevistados) e os demais (9 entrevistados) telefonam para a unidade de saúde da família.

A maioria dos cuidadores (23 entrevistados) mencionou já ter necessitado de algum tipo de auxílio para desempenhar o cuidado. Foram citadas as necessidades relacionadas ao conhecimento sobre medicamentos; ao manuseio de sondas e cateteres; auxílio no momento de agravamento do quadro de saúde; auxílio em relação às técnicas de mobilização do paciente e de higiene.

Em relação às dificuldades encontradas para prestar a assistência, a maioria referiu não possuir dificuldade alguma. Os demais referiram dificuldade para mobilização do paciente; para o manuseio de sondas e cateteres; para medicar; para alimentação do paciente; e para realizar a higiene do paciente.

Devido às ações de educação desenvolvidas pela enfermagem, a maioria dos familiares cuidadores entrevistados respondeu possuir menos dificuldades para prestar os cuidados a seus familiares. Conforme Borghi, *et al.* (2013), é papel da enfermagem identificar as necessidades do familiar cuidador e desenvolver ações que facilitem o cuidado, diminuindo as cargas emocionais. A equipe de saúde deve acolher e orientar o cuidador em relação as suas atribuições para que consigam desempenhar o cuidado sem esquecer-se das suas condições de saúde e de vida.

Para Souza *et al.* (2014), o cuidado familiar, muitas vezes, ocorre sem o preparo assistencial adequado, sendo realizado como uma responsabilidade perante a sociedade. É nesse contexto que os profissionais da saúde devem trabalhar e auxiliar essas famílias para que estejam em condições emocionais e técnicas para prestar a assistência, atentando para a individualidade das necessidades e para a realidade de cada cuidador e paciente.

A educação em saúde, ou seja, desempenhar a função de educador realizando as orientações aos familiares e prestar assistência ao paciente, é uma das atribuições do enfermeiro. De acordo com Ribeiro *et al.* (2014), os profissionais da saúde devem prestar assistência ao paciente e seus familiares, pois esses profissionais participam diretamente do processo de tratamento. De acordo com Souza e Alves (2015), para prestar a assistência adequada aos pacientes em cuidados paliativos, deve-se ter uma equipe de saúde com competência e habilidades técnicas, conhecimento científico, boa relação interpessoal e, principalmente, ter respeito com os indivíduos, abordando e identificando as questões sociais, espirituais e físicas.

OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS FAMILIARES CUIDADORES

A terceira temática aborda as questões relacionadas às dificuldades e desafios citados pelos familiares cuidadores para prestar a assistência. Em relação às dificuldades emocionais encontradas para desempenhar o cuidado, foram referidos o cansaço como principal dificuldade; o estresse; o medo da perda; o vínculo com o paciente; e a insegurança com o cuidado.

Em relação aos desafios foi expressa conformismo; sensação de impotência em relação aos desafios do cuidado; e a assistência a ser prestada ao familiar.

De acordo com Queiroz *et al.* (2013), o processo de cuidar de uma pessoa doente que não possui condições para realizar suas atividades sozinhas, ou que necessita de auxílio para tal, vai além das necessidades assistenciais. O familiar cuidador oferece muito mais do que auxílio nas necessidades básicas, oferece amor, conforto, dedicação, que, muitas vezes, estão ligados ao fato de um dia ter sido cuidado por aquele familiar, a uma forma de retribuição.

Conforme os autores Simão e Mioto (2016), existem critérios que devem ser cumpridos para que o paciente possa ser atendido no cuidado paliativo domiciliar, a saber: possuir domicílio em condições adequadas de estrutura, higiene; possuir familiar que possa cumprir com as atividades que o paciente necessita; o paciente e familiar devem ser orientados quanto às condições de higiene pessoal e para desenvolver a assistência; e possuir vínculo com uma equipe de saúde que seja capaz de disponibilizar assistência quando houver necessidade. Outro ponto importante a ser destacado para que ocorra a adequada assistência no domicílio é que o familiar cuidador possua capacidade de tomar decisões e tenha apoio e supervisão da equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao familiar em cuidado paliativo no domicílio está cada vez mais presente no nosso cotidiano e faz com que muitos familiares mudem sua rotina de vida adaptando-se ao processo de cuidado. Os resultados desta pesquisa demonstraram que a maior parte dos familiares cuidadores é do sexo feminino, com parentesco de primeiro grau, possuiu baixo nível de escolaridade, não é remunerado para o cuidado e não possui atividades de lazer fora do domicílio.

Outro fator que deve ser destacado é em relação ao tempo dedicado ao cuidado pelo familiar: a maioria dedica-se integralmente ao cuidado. Importante ressaltar que não foram encontrados estudos relacionados ao tempo de cuidado dedicado pelo familiar e que este período foi impactante nas respostas obtidas.

Em relação à assistência dos profissionais das ESFs, os familiares cuidadores mencionaram ser importante o auxílio prestado pela equipe para desenvolver o cuidado, haja vista que oferece assistência de boa qualidade e resolutiva. Quanto às dificuldades encontradas para realizar os cuidados, muitos familiares relataram que as dificuldades foram minimizadas devido às ações de educação desenvolvidas pela enfermagem, cujos profissionais prestaram a assistência no domicílio, educando e orientando as famílias no desenvolvimento das atividades diárias que apresentavam mais fragilidades.

Outro fator considerado e relatado como dificuldade para prestar o cuidado foram os relacionados às questões emocionais como o cansaço, o estresse e o medo da perda. Essa abordagem está relacionada ao fato de os familiares cuidadores realizarem pouca ou não realizarem atividades de lazer, o que aumenta a carga emocional e os sentimentos relatados.

Após a realização desta pesquisa, com a análise e a discussão dos dados, considera-se que os resultados obtidos corroboram com outras pesquisas realizadas que se relacionam ao tema. O tema abordado é de grande relevância, devido ao crescente número de pacientes em assistência paliativa no domicílio. Reforça-se que a aproximação e o vínculo da equipe das ESFs para o auxílio junto aos familiares que prestam assistência no domicílio é de extrema necessidade para o cuidado adequado ao paciente e ao familiar cuidador.

A enfermagem possui um importante papel nesse contexto, pois compete ao enfermeiro conhecer as condições de cada família que presta o cuidado no domicílio e, assim, orientá-las ao cuidado, conforme a necessidade e capacidade de cada indivíduo. O profissional enfermeiro deve construir um vínculo de confiança e afeto com os familiares e pacientes, para que, dessa forma, consiga inserir o familiar no cuidado dispensado ao paciente, instruindo-o para prestar assistência. Essa é uma das atribuições do enfermeiro dentro das ESFs, possibilitando um cuidado mais humanizado à população.

REFERÊNCIAS

BORGHI, A. C. *et al.* Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 01-07, jul./ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis. Acesso em: 11 set. 2017.

CESÁRIO, V. A. C. *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Revista Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 171-182, jan./mar. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de Dados do IBGE. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/panorama. Acesso em: 11 set. 2017.

MARCHI, J. A. *et al.* Significado de ser cuidador de familiar com câncer e dependente: contribuições para a paliação. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Paraná, v. 25, n. 1. p. 01-08, maio 2016.

MARIN, M. J. S. *et al.* As condições de vida e saúde de pessoas acima de 50 anos com deficiência e seus cuidadores em um município paulista. **Revista brasileira de**

geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 365-374, jan./dez. 2013.

MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem,** São Paulo, n. 25, v. 1, p. 01-07, jul. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

OLIVEIRA, W. T. *et al.* Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde,** Paraná, v. 11, n. 1, p. 129-137, jan./mar. 2012.

QUEIROZ, A. H. A. B. *et al.* Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2615-2623, set. 2013.

RIBEIRO, A. L. *et al.* A enfermagem no cuidado paliativo domiciliar: o olhar do familiar do doente com câncer. **Revista Rene,** Paraná, v. 8, n. 3, p. 499-507, maio/jun. 2014.

SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia da Saúde da Família. Disponível em: http://santacruz.rs.gov.br/geo/numeros/saude-esf.htm. Acesso em: 06 mai. 2017.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 233-240, mar./abr. 2014.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Revista Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, jan./mar. 2016.

SOUZA, I. C. *et al.* Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Revista Mineira de Enfermagem,** Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 164-172, jan./mar. 2014.

SOUZA, J. M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Revista Acta Paulista de Enfermagem,** Brasília, v. 28, n. 3, p. 264-269, Brasília, out./dez. 2015.

FORMAÇÃO DE VÍNCULO NA ATENÇÃO BÁSICA

Patrícia Machado Stahler[1]
Anelise Miritz Borges[2]
Liane Terezinha Schuh Pauli[3]

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações em âmbito nacional de saúde, na esfera individual e coletiva, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, a partir do contato preferencial com os usuários. Portanto, dirigida à população de cada território delimitado, pelas quais assume a responsabilidade, considerando a dinamicidade existente onde as pessoas vivem (BRASIL, 2017).

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizadas pela APS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2017). Para tanto, destaca-se que a APS, nestes 30 anos de implementação do SUS, assim como todo o sistema de saúde, passou por profundas transformações, as quais denotam que as experiências regionais e municipais buscam uma maior integração em suas práticas em saúde e acima de tudo, maior proximidade com as necessidades dos usuários, corroborando para que o vínculo de equipes e usuários fortaleçam o processo do cuidar (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

De acordo com Barbosa e Bosi (2017), falar sobre vínculo na APS é, muitas vezes, revelar um tema que deveria ser mais trabalhado com as equipes desses serviços, pois é ela que caracteriza muito o funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado. Mesmo diante de sua invisibilidade em muitos serviços, certamente não significa a sua inexistência, mas, por vezes, a precariedade teórico-metodológica concernente às concepções do fazer saúde no campo da Saúde Coletiva.

O Ministério da Saúde orienta, quanto à APS, para os seus princípios éticos, sendo necessária a coordenação do cuidado com vínculo e continuidade, buscando

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem UNISC.

3 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem UNISC.

a integralidade das ações em saúde em meio à participação social (BRASIL, 2017). É uma proposta de fazer que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Entretanto, Barbosa e Bosi (2017) suscitam o vínculo como algo essencial para o funcionamento da APS, em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado.

Assim, como objetivo da pesquisa tem-se: conhecer as estratégias que os profissionais da equipe de saúde da família e atenção básica utilizam para efetuar o vínculo com a comunidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada no ano de 2015 com enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes em todas as unidades de saúde de Atenção Básica de um município localizado na região do Vale do Rio Pardo, o qual possui aproximadamente 9.895 habitantes (IBGE, 2017). Logo, o estudo foi conduzido em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e quatro unidades atuantes como Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Como critérios de inclusão teve-se: ser profissional da equipe de enfermagem, trabalhar em uma equipe de ESF ou de UBS do município, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram convidados para a coleta de dados 100% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que estavam atuando no período da pesquisa, totalizando três enfermeiros e 11 técnicos de enfermagem.

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, conduzidas individualmente no próprio ambiente de trabalho, em sala reservada, livre de possíveis interrupções. Foi solicitada autorização junto à Secretaria Municipal de Saúde e obtida aprovação, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes, documentos estes, arquivados pela pesquisadora, por cinco anos.

Os participantes foram identificados conforme a letra inicial de sua categoria profissional, seguido da numeração correspondente à ordem de realização das entrevistas. Exemplo: E1 à E3, T1 à T11.

Miles e Huberman (1994) apresentam três etapas que geralmente são seguidas na análise de dados na pesquisa qualitativa: a primeira consiste na redução analítica, que envolve a seleção, a focalização, a simplificação, a abstração e a transformação dos dados originais em sumários organizados de acordo com os temas ou padrões definidos frente aos objetivos originais da pesquisa. A segunda etapa, abrange a apresentação dos dados, a partir da análise das semelhanças e diferenças e seu inter-relacionamento. Por fim, tem-se a elaboração conclusiva dos dados, mediante uma

revisão, a fim de considerar o significado dos dados, suas regularidades, padrões e explicações.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para apresentar os resultados da pesquisa, estes foram dispostos em quatro segmentos, os quais foram: Caracterização dos participantes; Vínculo; Acolhimento; Visitas domiciliares.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dentre os 14 profissionais participantes, predominou o sexo feminino tanto para a categoria dos enfermeiros, como dos técnicos de enfermagem, sendo respectivamente abordados, três (100%) e 11 (100%) profissionais na pesquisa.

Quanto ao ano de formação dos participantes de ambas as categorias profissionais, este variou entre dois a 37 anos, já quanto ao tempo de serviço na atenção básica de saúde, este foi de três dias a 10 anos. Não sendo para tanto, considerado como critério metodológico, o tempo de atuação, visto que o foco incidiu no conhecimento das estratégias para efetuar o vínculo com a comunidade.

Dos 14 profissionais, nove (64,3%) haviam realizado atualizações na área da saúde coletiva, contudo, estas foram oferecidas por meio da empresa empregadora e não recorrido por iniciativa dos participantes.

VÍNCULO

A partir da análise dos relatos, pode-se constatar que o vínculo é uma consequência do atendimento prestado, que demanda o acolher com carinho, escuta e diálogo, o que pode ser visualizado em algumas falas, as quais representam todos os participantes: *"Educação, atenção, carinho, às vezes eles vem só querendo um diálogo." (T3) "Tem que dar importância ao paciente, dar atenção, o contato visual." (T4) "Às vezes eles querem só chegar e ter alguém que os escute e já saem se sentindo bem melhor." (E2)*

Segundo Assis *et al*. (2010), a responsabilização na perspectiva das práticas de saúde individuais e coletivas é dirigida à produção da atuação clínica e sanitária e de intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como um caminho para defender a vida. Reconhece-se que sem acolher e vincular não há produção de responsabilização, nem resolutividade, que são os processos que mais impactam na produção de saúde e doença.

As ações realizadas pela enfermagem necessitam conscientizar o cliente em meio às abordagens conduzidas e provocar mudanças em sua qualidade de vida, acelerando o restabelecimento do mesmo (SOUZA *et al.* 2013).

Outro aspecto é a ética na construção do vínculo, Simas *et al.* (2016) revelam que por vezes existem problemas envolvendo a equipe/família/usuário ou apenas os membros da equipe, ou ainda a equipe/gestão, cuja ausência do sigilo profissional pode ser um dos embates. Siqueira-Batista *et al.* (2015) pressupõem que uma boa relação entre os profissionais de saúde e os usuários incide no ato de considerar o campo da (bio)ética, cujo acolher é fundamental no fortalecimento do vínculo. *"Tem que ter ética, respeitar o paciente, saber escutar, não dizer um não de arrancada." (T5)*

A troca de saberes, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir de sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorece outros sentidos para a integralidade de atenção em saúde. É um aspecto fundamental da atenção integral, podendo ser pensado em três dimensões: como afetividade, como relação terapêutica e continuidade. Na primeira dimensão, o profissional de saúde deve ter um investimento afetivo positivo tanto em sua atuação profissional quanto para com o usuário, construindo, assim, um vínculo estável entre ambos, o que se torna valioso instrumento de trabalho. A ideia de vínculo como uma relação terapêutica toma um sentido específico, relacionado com o ato de dar atenção. A continuidade é um fator importante de fortalecimento do vínculo e do mútuo conhecimento e confiança entre profissional e usuário, logo, precisa ser sempre muito explorado pelos integrantes da equipe da atenção básica (VIEGAS; PENNA, 2012).

Na presente pesquisa, todos os profissionais demonstraram satisfação em relação ao vínculo com o usuário, porém, o interesse em qualificar o atendimento prestado, quanto à atualização, no que tange o fazer em saúde, valorizando o vínculo, não foi muito pautado. Assim, de acordo com Simas *et al.* (2016), a construção de potentes espaços de educação permanente auxiliam na problematização e na formação dos partícipes do processo, minimizando o não questionamento, que é imprescindível quando se trata da construção de vínculo.

Prestar o cuidado para pessoas é um desafio e, pautar o fortalecimento do vínculo por meio de estratégias e revisão do fazer, é saber valorizar o outro em meio a tantos desafios que cercam uma relação humana.

ACOLHIMENTO

Através da exploração do campo pode-se perceber que 10 participantes (71,4%) referiram que o acolhimento se caracterizava por "receber o cliente que chega à unidade", já três (21,4%) dos profissionais expuseram ser um ato de triagem realizado pelo técnico de enfermagem, antes da consulta médica, onde são verificados sinais vitais e questionado sobre a queixa do cliente.

Segundo Carli *et al.* (2014) são as tecnologias leves que buscam tornar as ações de saúde mais acolhedoras, ágeis e resolutivas, por meio do estabelecimento das relações entre trabalhadores e usuários. Além disso, as ações acolhedoras e vinculares possuem capacidade de tornar as práticas mais eficazes e eficientes, através da construção de valores afetivos e de respeito com a vida do outro, permitindo que as práticas tradicionais (curativas e preventivas) ganhem nova dimensão, pautadas no interesse coletivo.

"*Acolhimento é tratar bem, se colocar no lugar do outro e orientar com informações necessárias." (T6) "A maneira como receber o paciente é o mais importante, ter jogo de cintura." (T1) "A gente chama pelas fichas e verifica os sinais vitais para a consulta médica." (T2)*

Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais, entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. É uma prática construtiva das relações de cuidado, que necessita ser avaliada como ela acontece diariamente na relação interpessoal (BRASIL, 2011).

Adicionalmente, tem-se que o acolhimento deve ser realizado nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo-as como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidades das famílias. Quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de usuários por equipe, com especial atenção para as condições crônicas, haja vista o maior tempo a ser dedicado (BRASIL, 2017).

Dos 14 profissionais abordados, um (7,1%) referiu que o acolhimento acontece na primeira visita domiciliar, realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cadastramento da família, o que denota que o estabelecimento do primeiro contato com o usuário já requer acolhimento de suas demandas.

De acordo com Viegas e Penna (2012) é o ACS o pilar da construção do vínculo, por ser o ator mais próximo da realidade dos sujeitos, ele se considera o ponto de apoio, o que permite aos usuários uma abertura na relação para o cuidado de saúde, estabelecendo, assim, o vínculo com a equipe. Entrar na casa do usuário, aproximar-se da realidade do outro, saltar os muros institucionais da saúde, estar presente na comunidade, são conquistas que abrem espaços para abordagens e ações que podem ser diferenciadas no trabalho cotidiano.

VISITAS DOMICILIARES

Foi constatado que as Visitas Domiciliares (VD) acontecem de duas diferentes formas, na ESF é realizado o cadastramento das famílias e a visita mensal ou de

acordo com a necessidade. Já junto às equipes de atenção básica (eAB), as visitas são realizadas para usuários que exijam cuidados especiais frente a sua condição de saúde e/ou impossibilitados de se locomover até a unidade.

Ao questionar os profissionais sobre os motivos da realização de uma VD ao usuário, teve-se de um enfermeiro a seguinte resposta: *"Quando aquele paciente conhecido na unidade some, vamos fazer uma visita, para saber o que aconteceu." (E1)*

Salienta-se que uma das ESF está em fase de cadastramento de suas famílias, o que demanda um maior número de VD e contato diário com os usuários. "*Os pacientes que frequentam a unidade são corriqueiramente os mesmos, e quando acontece de aparecer alguém diferente, a gente já cadastra." (T9)*

Para Kawamoto, Santos e Mattos (2009) existem oito fases da visita domiciliar, a primeira é o planejamento, que consiste na seleção dos usuários de acordo com critérios de prioridade, itinerário e tempo para cada VD. A seguir, tem-se a coleta de dados, com a revisão inicial do histórico e busca por informações importantes sobre o usuário. Após, ocorre a revisão de conhecimentos, por meio da literatura, a fim de esclarecer possíveis dúvidas e propor teoria e prática de cada caso. O plano de visita é essencial, com a identificação da família, endereço, assistência a ser prestada, para então haver o preparo do material, a fim de prestar assistência de enfermagem e atividade educativa condizente. A execução da VD visa atender as necessidades que foram elegidas, utilizando vocabulário acessível, poder de observação e ética. O registro de dados tornará a ação visível, ou seja, quando o profissional transfere toda a conduta feita para o prontuário do usuário, o que requer avaliação, seja do progresso ou regresso da família, ponderando a necessidade de planos de ação e educação em saúde (KAWAMOTO; SANTOS; MATTOS, 2009).

Conforme Souza e Horta (2012) é através da visita domiciliar que os profissionais analisam a realidade do indivíduo em seu domicílio considerando a estrutura física, material ou de relações pessoais entre familiares. A inclusão da família, como foco da atenção primária em saúde, ultrapassa o cuidado individualizado focado na doença, contextualizando a saúde produzida em um espaço físico, social e relacional, resgatando assim, múltiplas dimensões do processo saúde-doença-cuidado.

De acordo com as falas dos técnicos de enfermagem, o motivo para realizar VD estava muito atrelado à efetivação de algum procedimento específico, o que ocorre mesmo não havendo um vínculo efetivo, mas trata-se de uma maneira para construí-lo ou fortalecê-lo junto ao usuário e suas famílias. *"Quando um paciente precisa de algum procedimento ou de controle de pressão, por exemplo, nós fazemos o atendimento domiciliar e isso aproxima a família." (T6)*

Diante da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) em vigor, dentre as atribuições da equipe da ESF estão as visitas domiciliares, programadas ou voltadas

ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e estratificação de risco da população adscrita. O que denota de acordo com Garcia, Sacramento, Oliveira e Gonçalves (2019), que mesmo com elevada cobertura das ESF, as VD ainda não são o principal foco dos enfermeiros. Esta ação deveria ser utilizada como ferramenta de prevenção de doenças e promoção da saúde, o que contribuiria para a não redução das internações sensíveis à atenção básica.

Para Estevão *et al.* (2016), no processo de trabalho do Técnico de Enfermagem, a condução de VD vem demonstrando duas vertentes, a visita programada e a espontânea. Entretanto, apesar das facilidades como a receptividade dos usuários no domicílio e o apoio da equipe, os autores revelam algumas dificuldades do técnico, como a locomoção no território e a falta de planejamento das visitas.

Entende-se que para a realização da visita domiciliar é essencial a organização do processo de trabalho pela equipe multidisciplinar, cuja elaboração do objetivo de cada visita seja o foco, corroborando para atender as necessidades do usuário e dessa forma, o acolhimento e a escuta qualificada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foi confirmada a hipótese de que as equipes que atuam nas Estratégias de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde deste município, possuem dificuldade em utilizar estratégias que auxiliam na formação de vínculo com a comunidade. Entretanto, muito além do que este estudo aborda, há a cultura de uma população, nesta incluindo a cultura dos profissionais de saúde, onde a prática é exercida, muitas vezes, sem a conscientização sobre a importância do fazer, frente ao vínculo que subsidia a atenção humanizada.

A busca por conhecer as estratégias de formação de vínculo pelos profissionais de enfermagem, na atenção básica, permitiu refletir sobre a importância do diálogo multiprofissional diante das possíveis ações que juntos, almejam executar. Pois, entende-se que todos da equipe participam da construção do vínculo com os seus usuários e todos, envolve uma conexão, o que diretamente está atrelado ao próprio conceito da palavra vínculo.

Assim, tem-se na efetivação do vínculo, uma facilidade para a condução do processo de responsabilização e resolutividade entre o profissional de saúde e o usuário, logo, a enfermagem deve repensar as formas de agir na sua rotina, usando a promoção do vínculo, como um elemento indispensável de trabalho.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. *et al.* (org.) **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família:** olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. Disponível em: http://books.scielo.org/id/xjcw9/pdf/assis-9788523208776-07.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, v. 27, n. 04, out./dec. 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2017.v27n4/1003-1022/pt/. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto 7.508 de 28 de julho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARLI, R. *et al.* **Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde.** Florianópolis: Texto Contexto de Enfermagem, 2014.

ESTEVÃO, A. S. C.; SILVA, É. A.; OLIVEIRA, D. M.; TOLEDO, L. V.; CARVALHO, N. R.; FIGUEIREDO, J. B. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família sob a ótica de técnicos de enfermagem. **J Manag Prim Heal Care,** [*s. l.*], v. 7, n. 1, p. 11-11, 2016. Disponível em: http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/339/A%20visita%20domiciliar. Acesso em: 29 abr. 2019.

GARCIA, M. R. L.; SACRAMENTO, D. S.; OLIVEIRA, H. M.; GONCALVES, M. J. F. Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica. **Esc. Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180285, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200204&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População no último censo. Pantano Grande. v. 4, 2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pantano-grande/panorama Acesso em: 29 abr. 2019.

KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 2009.

MILES, M.; HUBERMAN, A. Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods. In: MILES, M.; HUBERMAN, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Ântonio Carlos Gil, 2008. p. 175.

PINTO, L. F. GIOVANELLA, L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Rev. Ciênc. saúde colet.,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível

em: https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914. Acesso em: 27 abr. 2019.

SIMAS, K. B. F. *et al.* (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1481-1490, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1481.pdf. Acesso em: 29 abr. 2019.

SIQUEIRA-BATISTA R.; GOMES, A. P. Bioética: tornar visíveis poderes e injustiças. **Rev Bras Edu Médica,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 463-466, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0463.pdf Acesso em: 25 abr. 2019

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva:** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, P. A. *et al.* Percepção dos usuários da Atenção Básica acerca da Consulta de Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, jan./mar. 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, 2012.

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA REDE PRIMÁRIA DE SAÚDE

Tatiane Rodrigues de Siqueira[1]
Leni Dias Weigelt[2]
Guilherme Mocelin[3]
Brenda Raddatz de Oliveira[4]

INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência (PcDs) enfrentam diariamente diversas limitações em sua vida, tais como as relacionadas à acessibilidade, à inclusão social e à problemas de saúde vinculados à sua deficiência. Esses empecilhos dificultam o exercício da autonomia e a participação social do sujeito, interferindo e prejudicando no desenvolvimento ocupacional, cognitivo e psicológico, contribuindo para a exclusão social (INTERDONATO; GREGUOL, 2012; BRASIL, 2010a).

Segundo a Organização das Nações Unidas (2017), no Brasil 23,9% da população apresentava algum tipo de deficiência e no Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, evidenciou-se que as principais deficiências apresentadas pelos indivíduos, no Brasil, são a intelectual, a física e a visual. Além disso, também se demonstrou que as PCDs possuem baixo nível de escolaridade, somente com o ensino fundamental ou ausente de escolaridade

Ainda, a partir dos dados do IBGE (2010), verificou-se baixa procura pelos serviços da rede pública de saúde por essa população. Considerando esses dados, ressalta-se que as pessoas com deficiência necessitam da rede de atenção básica para assegurar os direitos humanos básicos, incluindo desde a prevenção de agravos, proteção/promoção à saúde, tratamento e reabilitação, buscando a garantia do atendimento às necessidades específicas, como melhores condições de saúde, segurança, lazer, acessibilidade e trabalho.

Importante destacar frente a esse escopo que as unidades de saúde devem acolher e prestar assistência às queixas oriundas das pessoas com deficiência, bem como orientar quanto a exames, fornecimento de medicamentos, além de acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para redes especializadas se assim for necessário (BRASIL, 2009).

---

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Acadêmico do Curso de Enfermagem da UNISC.

4 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UNISC.

Avaliando que as pessoas com deficiência estão sujeitas a complicações, se torna essencial a implementação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo em vista que 70% dos eventos ocorridos são evitáveis ou atenuados, se as medidas apropriadas fossem adotadas. Ações informativas e educacionais voltadas à população, aos profissionais e aos gestores dos serviços de saúde também devem ser aplicados para promover a qualidade do serviço prestado em saúde (BRASIL, 2010b).

A partir do exposto, pode-se demonstrar uma realidade que induz à análise e reflexões sobre a atenção dispensada pela equipe da rede básica de saúde à população com deficiência, pois os trabalhadores da saúde têm – entre suas atribuições – identificação das deficiências dos usuários, o acolhimento na unidade de saúde e o acompanhamento domiciliar, promovendo a inclusão social, melhoria da qualidade de vida, suprindo as necessidades básicas conforme a classificação de cada deficiência. Assim, considera-se de extrema importância investigar a atenção prestada na rede básica de saúde através do depoimento dos usuários.

Desse modo, o presente estudo objetiva investigar sobre a assistência prestada às Pessoas com Deficiência na Rede de Atenção Primaria em Saúde do município de Santa Cruz do Sul -RS, através da percepção dos usuários.

METODOLOGIA

O estudo delineia-se com abordagem de cunho qualitativo e caráter exploratório descritivo (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016). Foi realizado em Estratégia de Saúde da Família (ESFs) do município de Santa Cruz do Sul, localizado no interior do Rio Grande do Sul, região central desse Estado. Importante destacar que, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010), Santa Cruz do Sul possuía 104.602 Pessoas com Deficiência com idade igual ou superior a 10 anos.

Para selecionar as PCDs participantes, foi realizado um contato prévio para aproximação com esses sujeitos, através da coleta de informações das unidades de saúde, a fim de explanar acerca dos objetivos da pesquisa obter o aceite de participação. Utilizou-se como critérios de inclusão possuir idade igual ou superior a 18 anos, residir no território da ESF e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), dessa forma, conseguiu-se o total de 31 Pessoas com Deficiência para responder a entrevista.

O instrumento para coleta de dados constituiu-se de um formulário com questões semiestruturadas (abertas e fechadas), previamente elaborado, que buscou identificar a percepção das Pessoas com Deficiência sobre a assistência de saúde prestada na Rede de Atenção Primária de Saúde. O mesmo foi aplicado nos meses agosto e setembro do ano de 2018.

O estudo em questão segue a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os princípios éticos. Foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP–UNISC) e aprovado sob protocolo nº 2.809.244 de 09 de agosto de 2018.

Após a aprovação, foi realizada uma aproximação e abordagem com as Pessoas com Deficiências, usuárias dessas ESFs para apresentação e convite à participação nesse estudo. O contato com os sujeitos aconteceu através de informações obtidas nas ESFs, sendo realizado contato via telefone ou pessoalmente, explanando sobre os objetivos da pesquisa, para se ter o aceite do indivíduo na participação do estudo.

A coleta de dados ocorreu na residência dos sujeitos, propiciando mais privacidade e conforto aos indivíduos na aplicação do formulário de pesquisa. As repostas foram transcritas e analisadas a partir de Análise de Conteúdo (SILVA; FOSSÁ, 2017). Dessa forma, emergiram os seguintes eixos temáticos: Escolaridade das Pessoas com Deficiência; Barreiras enfrentadas pelas Pessoas com Deficiência; Satisfação das PcDs no atendimento das ESFs.

Na apresentação e discussão dos dados, algumas falas serão apresentadas na íntegra e, para manter o anonimato dos sujeitos, foram utilizadas as siglas DF (Deficiente Físico), DM (Deficiente Mental), DV (Deficiente Visual) e DA (Deficiente Auditivo). As Siglas seguem uma sequência numérica, na ordem em que foi aplicado o formulário.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Perfil dos entrevistados

Os achados do presente estudo demonstraram que o perfil dos 31 sujeitos, 17 eram do sexo feminino e 14 do masculino, com predomínio da faixa etária entre os 49 e 58 anos de idade (8 pessoas). Essas e demais características podem ser observadas nas tabelas a seguir:

Tabela 1 – Faixa Etária das Pessoas com Deficiência

Faixa Etária (anos)	Quantidade Pessoas
18 à 28	02
29 à 38	05
39 à 48	06
49 à 58	08
59 à 68	05
69 à 78	05
Total	31

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação à ocupação atual desses indivíduos, houve predominância dos aposentados e daqueles que recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este último pertence à Política de Assistência Social (amparado pela Constituição Federal de 1988) e refere-se à retribuição financeira de um salário mínimo mensal às pessoas idosas e pessoas com deficiência, cuja renda familiar, por pessoa, não ultrapasse o correspondente a um quarto do salário mínimo por mês (BRASIL, 2015). Os dados supracitados podem ser observados na tabela 2:

Tabela 2 – Ocupação atual das Pessoas com Deficiência

Profissões	Nº
Aposentado	16
BPC	11
Safrista	01
Auxiliar administrativo	01
Dona de Casa	01
Torneiro Mecânico	01
Total	31

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em tratando-se de tipos de deficiência, verificou-se com os resultados da pesquisa que 21 sujeitos possuíam deficiência física, já entre os demais, cinco apresentavam deficiência visual, quatro mentais e um, auditiva. Além disso, destaca-se que as deficiências podem ser classificadas em congênitas ou adquiridas. Assim sendo, na presente investigação evidenciou-se que 16 sujeitos possuíam deficiências físicas adquiridas e os demais, deficiência física, visual e mental congênitas, bem como, deficiência auditiva e visual adquiridas

Questionados acerca da frequência em que utilizavam os serviços das ESFs, nove indivíduos relataram frequentar semanalmente a unidade de saúde, 10 mensalmente e 12 anualmente, podendo, dessa forma, observar que essas pessoas necessitam dos serviços das ESFs.

Escolaridade das Pessoas com Deficiência

No que se refere à escolaridade dos entrevistados, o Ensino Fundamental Incompleto apresentou maior prevalência, de acordo com a tabela 3:

Tabela 3: Escolaridade das Pessoas com Deficiências

Escolaridade	Nº
Analfabeto	4
Ensino Fundamental Incompleto	19
Ensino Fundamental Completo	4
Ensino Médio Incompleto	1
Ensino Médio Completo	3
Total	31

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Relacionando estes dados à ocupação dos PcDs, pode-se considerar uma vulnerabilidade social, uma vez que a maioria dos sujeitos pesquisados estão em idade produtiva, com baixa escolaridade e aposentados ou com benefício.

As Pessoas com Deficiência venceram, ao longo dos anos, muitas batalhas em relação aos seus direitos, ao exemplo da sua inserção na escola e no mercado de trabalho. A educação é considerada como um dos aspectos mais importantes para o desenvolvimento humano, pois pode ampliar os conhecimentos das mais diversas áreas, auxiliar na melhoria da qualidade de vida e na convivência com a sociedade.

Este estudo evidencia dados que chamam a atenção em especial ao que se refere ao número de pessoas com baixa escolaridade entre esses indivíduos, uma vez que a maioria dos pesquisados possui o Ensino Fundamental Incompleto, o que nos faz refletir sobre as condições e os enfrentamentos em relação ao acesso à educação dessas pessoas.

Uma das possíveis explicação foi apontada por Mello (2010), quando observou os desníveis no grau de escolaridade, na população com deficiência e interpretou-a como precariedade no atendimento a essas pessoas desde as primeiras fases da educação, além da falta de informação e capacitação dos diretores, professores e demais funcionários das escolas para enfrentar as dificuldades apresentadas por esses alunos. Outro fator que ele destaca como importante é a abordagem das políticas públicas de inclusão nas escolas, que costumam atacar as consequências e não as causas das deficiências, citando como exemplo, a inadequação das vias urbanas, das calçadas e do transporte coletivo, que contribuem para que alunos com deficiência ou com mobilidade reduzida tenham dificuldades ou sejam impedidos do acesso à educação.

O fator escolaridade também interferiu na presente pesquisa, uma vez que foi necessário repetir as perguntas, devido à dificuldade de compreensão durante a abordagem, foi necessário fazer repetições com uma linguagem mais acessível, mas sem perder o foco da questão. Dados do IBGE (2010) mostram que, nos dias atuais, a alfabetização das crianças com deficiências com idade até 15 anos é de 81,9%, chegando ao índice de 69,7% nas regiões do nordeste do país. Ao realizar

uma comparação de escolaridade com as pessoas com deficiência acima de 15 anos e as pessoas sem deficiência com mais de 15 anos, se obteve uma discrepância considerável, com uma diferença de 22,9 pontos percentuais, enquanto temos 61,1% da população de PcDs sem instrução ou possuindo apenas o fundamental incompleto, a população sem deficiência apresenta 38,2% pontos percentuais.

As escolas sempre enfrentaram dificuldades de realizar a inclusão de pessoas com deficiência, pois haviam muitas barreiras discriminatórias nas práticas de ensino, as escolas recebiam os alunos, os matriculavam, porém o espaço de ensino e aprendizagem não era propício a convivência harmoniosa por todos os alunos (AGUIAR, 2015).

Para Amâncio e Camargo (2017, p.116):

> Manter relacionamentos interpessoais sadios e, acima de tudo, significativos, contribui efetivamente para melhor inserção social da pessoa com deficiência. Sentir-se pertencente a um grupo, e querido pelo mesmo, auxilia na construção de sua subjetividade e aumenta suas chances de vencer os obstáculos que muitas vezes lhes são impostos.

A educação inclusiva veio para criar alternativas para superar as barreiras e descriminação, que vão desde mudanças estruturais das escolas, e mudanças culturais para que todos alunos pudessem ser atendidos (BRASIL, 2008; AGUIAR, 2015).

A Política Nacional de Educação Especial veio para mudar a visão da educação especial, orientando o processo de integração dos estudantes, adequando o acesso das crianças com algum tipo de deficiência que teriam condições de acompanhar e desenvolver atividades curriculares com outras crianças sem deficiência, garantindo o acesso de todos os alunos ao ensino regular e formando os professores para a inclusão e melhorando o acesso físico, transporte e mobiliário (BRASIL, 2008).

Dados do Censo do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira Legislação e Documentos (INEP) revelam que nos últimos anos houve um crescimento do número de pessoas com deficiência na educação básica, isso demonstra que as escolas estão mais preparadas para atender as necessidades que cada indivíduo apresenta, conseguindo a integração das Pessoas com deficiência com as que não possuem deficiência (LAPLANE, 2015).

Barreiras enfrentadas pelas Pessoas com Deficiências

A vida das pessoas com deficiência é marcada por variadas barreiras como acessibilidade, mobilidade urbana, autonomia, comunicação e dificuldade no acesso

à inclusão social. Dentro desse contexto, pode-se destacar a acessibilidade, pois essa barreira influencia diretamente na vida social, cultural e nas relações individuais dessas pessoas. A acessibilidade é um fator determinante na independência das PcDs, especialmente dentro de suas casas e em espaços sociais, uma vez que ter espaços adequados às suas limitações auxilia no processo de desenvolvimento de atividades diárias habituais e nas relações interpessoais (ARAÚJO *et al.,* 2018). Para Araújo e Maia (2016, p. 227), esta variável consiste na possibilidade de que todas as pessoas "tenham condições de utilizar, com autonomia e segurança, os equipamentos e mobiliário urbanos, as edificações, os meios de transporte, as tecnologias e sistemas de informação disponíveis, bem como os serviços públicos ou abertos ao público", possibilitando que todos tenham as mesmas condições de inclusão e sua dignidade garantida.

Na sequência, podemos observar relatos dos entrevistados que confirmam que a falta de acessibilidade é uma barreira prevalente na vida desses indivíduos: "*Tomar banho, sair de casa e fazer atividades diárias*" (DF 18); *"Encontro dificuldade para conseguir emprego e dificuldade para locomoção"* (DF 3); *"Fazer atividades na rua"* (DF 21); *"A maior dificuldade é sair para bancos e outros lugares, visualizar senhas. Para sair na rua acompanho o sentido dos carros"* (DV 19). Essas são algumas falas que nos mostram a fragilidade da acessibilidade no meio social e dentro de suas próprias casas.

Segundo estudo de Almeida *et al.* (2017), em que foi avaliado o atendimento dos usuários na atenção primária à saúde, verificou-se que as PcDs apresentaram dificuldade em relação a cuidados específicos, pois esses indivíduos e seus cuidadores não recebiam orientações suficientes, por parte da equipe de saúde, para a realização de atividades cotidianas. Notou-se que este estudo reforçou os resultados da presente pesquisa, uma vez que as equipes apresentam dificuldades em detectar as necessidades específicas de cada indivíduo, não conseguindo dar uma atenção integral as PcDs, interferindo diretamente na acessibilidade dos usuários.

Em consonância com a acessibilidade, outra barreira a ser pontuada é a inclusão social das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, que ainda é tênue devido a fatores como a própria acessibilidade, a baixa escolaridade e a qualificação desses indivíduos apontando, inclusive para a dificuldade das empresas de se moldarem às necessidades individuais de cada PcD.

Hodiernamente, com as Leis de Cotas, as empresas são responsabilizadas pela contratação de profissionais com deficiência para compor o quadro de funcionários. Devido ao fato de o mercado de trabalho encontrar-se competitivo e atuante, faz-se necessário que exista qualificação dos profissionais das entidades. Contudo, estudos demonstram que empregadores identificam ineficiência no que tange a programas de qualificação ofertados às PcDs, dificultando na sua inclusão e interação social nesses ambientes (PHILERENO *et al.*, 2015). Esta barreira ficou clara na resposta da (DF 3),

já citada anteriormente, onde ela diz: *"minha maior dificuldade é para trabalhar";* outra declara: *"Bastante dificuldade para fazer quase tudo, para se vestir e trabalhar*" (DF 8); "*tenho dificuldade para realizar serviços pesados"* (DF 30).

Dados do IBGE (2010) mostram que no Brasil há 45 milhões de pessoas com alguma deficiência e, destas, 403.255 estão empregadas em trabalhos formais, não chegando a somar 1% dessa população. A ausência de oportunidade para esses indivíduos acarreta em desigualdade, vulnerabilidade social e baixa autoestima.

Acerca dos entraves encontrados nas ESFs às quais frequentam, obteve-se um grande número de pessoas que enfrentam a demora no atendimento da equipe: *"O atendimento não é ruim, mas cansa de esperar pelo atendimento para não conseguir consultar"* (DV 19)*; "Tempo de atendimento, falta médico*" (DF 8); *"Não se consegue VD facilmente, pois a unidade não tem carro para os profissionais vir até a casa"* (DF 6).

Este tempo de demora no atendimento revela a ausência de atendimento prioritário nas ESFs, como relata o usuário: *"Eles não têm atendimento preferencial para PCD"* (DF 2). Diante disso, observa-se que as ESFs não garantem os direitos das PcDs no que concerne à prioridade no atendimento, visto que a maioria das falas expressam a demora no atendimento aos usuários bem como a inexistência do atendimento preferencial.

A Lei nª 10.048, de 8 de novembro de 2000, garante a prioridade no atendimento às pessoas com deficiência. O Artigo 1º da lei traz: "As pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei". O Artigo 2º especifica o atendimento nas repartições públicas, conforme a descrição:

> As repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem o tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas a que se refere no Art. 1º.

Nesse contexto, não dispor de atendimento prioritário fere os direitos das PcDs, além de gerar insatisfação nos usuários e sugerir a reduzida preparação das equipes de saúde, na Atenção Primária, para realizar o atendimento qualificado aos indivíduos com deficiência.

Satisfação das PcDs no atendimento das ESFs

Os serviços de atendimento ao público geram um grau de satisfação, seja ele satisfatório ou insatisfatório e é por este motivo que as empresas e órgãos públicos buscam a melhoraria do atendimento prestado à população.

A satisfação é o sentimento de prazer ao comparar o desempenho ou resultado de um serviço ou produto, em relação às expectativas deste. Ao ter as expectativas alcançadas geramos um grau de satisfação, o qual está intimamente ligado às percepções pessoais e diferentes. Como a satisfação é um estado de contentamento é importante destacar que é uma tarefa difícil manter os clientes satisfeitos, especialmente em serviços públicos, os quais dependem de orçamento e verbas públicas para melhoria de recursos físicos, humanos e serviços ofertados (CRUZ, 2017).

Na realização das visitas de investigação, ao serem questionadas acerca do atendimento de suas necessidades pelas ESFs, 28 PcDs responderam que sim, duas responderam que não e uma respondeu que às vezes. Dessa forma, os dados evidenciaram que a maioria dos usuários das ESFs saem das unidades com suas necessidades atendidas, isto é, com um grau de satisfação bom.

Ao responder como é o atendimento da ESF, a qual eles frequentam, 21 sujeitos o classificam como “bom”, seis o consideram “ótimo” e quatro atribuem o conceito “regular” ao atendimento. Foi destacado, ainda, elogios ao atendimento prestado pelas agentes comunitárias de saúde, por estas estarem presentes na vida diária das pessoas, tendo o reconhecimento dos usuários das unidades. Por mais que o atendimento tenha sido classificado como bom nas falas dos pesquisados, verificou-se uma queixa persistente sobre a demora no atendimento da unidade. Essa longa espera atrapalha o processo de humanização do atendimento aos usuários das unidades. Para Cruz (2017), a humanização em todas as ações que abrangem a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, as boas relações e a criação de vínculos são medidas possíveis através do trabalho em equipe bem executado.

No estudo elaborado pela autora citada, o qual avaliou a satisfação dos usuários de serviços públicos de um posto de saúde, evidenciou-se que quanto mais alto o nível de escolaridade, menos satisfeitos eram com os serviços de saúde, uma vez que estes têm o conhecimento de seus direitos, fazendo exigências maiores aos serviços prestados. A baixa escolaridade tende a influenciar na satisfação dos indivíduos no que tange aos serviços ofertados, sem realizar muitos questionamentos e exigências sobre seus direitos. No questionamento sobre o acolhimento recebido pelos profissionais das unidades, se obteve dos usuários uma resposta positiva, inclusive comentários de que estes atendem muito bem, são atenciosos, resolutivos e prontos a auxiliá-los quando necessário. Este resultado mostra que há uma boa relação entre os profissionais e usuários, fortalecendo o vínculo entre eles. O acolhimento é uma

forma no processo de trabalho que visa promover uma escuta qualificada e acolher a demanda de atendimento, momento que aproxima os usuários aos profissionais da equipe, fortalecendo o vínculo usuário-profissional (CRUZ, 2017).

Outro ponto que auxilia a fortalecer o vínculo e manter o cuidado integral ao usuário são as visitas domiciliares. Foi questionado às PcDs se recebiam visita domiciliar quando solicitada, assim, 20 responderam que sim, dez nunca solicitaram visita (pois não havia necessidade e conseguiam se deslocar até a unidade) e um sujeito solicitou e não recebeu a visita dos profissionais (a unidade não dispunha de transporte para realizar a locomoção da equipe até a residência), contudo, mesmo sabendo das dificuldades e justificativa apresentadas, o entrevistado se sente insatisfeito, pois sua deficiência o limita ao domicílio.

Ficou evidenciado nas falas dos usuários que estes estão satisfeitos com o atendimento das unidades. Ocorrem determinadas situações que não são favoráveis para um atendimento humanizado e acolhedor, como a grande demanda das unidades, infraestrutura inadequada e muitas unidades são adaptadas para serem utilizadas como ESF e dessa forma, não dispõem de salas e espaços suficientes para a realização de atividades, como educação em saúde à comunidade. Além disso, esses espaços apresentaram déficit de funcionários, o que acaba prejudicando a atenção à demanda espontânea e, por vezes, impossibilitando a equipe de saúde em seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar sobre a assistência prestada às Pessoas com Deficiência na Rede de Atenção Primária em Saúde do município de Santa Cruz do Sul, através da percepção dos usuários, pode-se observar resultados satisfatórios referidos pelos mesmos. Apesar de enfrentarem algumas dificuldades, os usuários reconhecem o trabalho prestado pelas Equipes de Saúde da Família e sentem-se acolhidos pelos profissionais, tendo suas necessidades atendidas.

No entanto, mostra-se necessário realizar adequações para que se consiga uma melhora no atendimento e satisfação dos usuários, pensando no bem estar das PcDs, realizando um cuidado mais humanizado e integral. Para que haja um cuidado integral, deve-se levar em consideração o histórico e o perfil dos indivíduos que buscam atendimento de saúde. As PcDs, em uma situação de vulnerabilidade social, demandam maior atenção e cuidado, inclusive para a compreensão das suas necessidades.

O estudo evidenciou que a maioria dos sujeitos investigados está na faixa etária considerada produtiva e poderiam estar inseridos no mercado de trabalho, porém, o cenário atual mostra que essas pessoas vivem de aposentadoria e benefício social

e apresentam baixa escolaridade, o que é um fator agravante para quem quer se colocar e evoluir no mercado de trabalho.

A baixa escolaridade traz grandes empecilhos na vida desses indivíduos, dificultando a inserção no mercado de trabalho, queda na qualidade de vida, dificuldade na inclusão social e diminuição da autoestima. Todos esses fatores são influenciados pela maneira que vivem e enfrentam seus problemas, implicando diretamente na sua saúde.

A falta de informação é uma das barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam. Sem acesso à informação essas pessoas perdem oportunidades e por desconhecimento, muitas vezes, se contentam com o que é ofertado por outros. Os seus desejos e sonhos não aparecem, são tímidos ou suprimidos. A exemplo disso, pode-se apontar a condição de um sujeito, quando expõe que se sente insatisfeito por não receber visita da equipe de saúde e que a sua deficiência o limita ao domicílio.

O profissional enfermeiro tem um papel fundamental no cuidado à saúde desses indivíduos. Este deve ter o conhecimento para reconhecer as demandas específicas das PcDs, incluindo as necessidades visíveis, como a deficiência física, auditiva, visual e as intelectuais que são pouco consideradas e muitas vezes não ganham a devida importância. A ausência de um olhar atento a essas pessoas acarreta em dificuldades na vida cotidiana das PcDs, falta de acessibilidade em diversos contextos e privação social.

Para a equipe de saúde também há prejuízos, pois o enfermeiro tem como uma de suas funções a educação permanente, e se ele não reconhece a demanda de necessidades dos usuários dificilmente sua equipe conseguirá desenvolver a promoção da saúde e prevenção de agravos das PcDs.

Ficou explícito nesta pesquisa, que a Atenção Primária à Saúde é fundamental na vida das PcDs, pois é a referência dos usuários na Rede de serviços de saúde e, dessa forma, deve ser o mais resolutiva possível, fornecendo a atenção necessária aos indivíduos, e não somente para a sua enfermidade, mas em todos os lugares, desde a unidade até o seu domicilio.

Além disso, o enfermeiro, como gestor de equipe de saúde, necessita de conhecimentos para organizar o serviço e orientar os demais trabalhadores quanto às demandas provenientes de seus usuários que necessitam de cuidados e serviços especiais. Portanto, precisa conhecer o perfil da população adscrita, em sua região geográfica de abrangência, para conseguir realizar a promoção da saúde e prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. L. **A escola pública e o dilema da falta de acessibilidade:** as barreiras arquitetônicas na escola Centro Educacional Raimundo Pereira – CERP. Universidade estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, BAHIA, 2015; Disponível em: http://periodicos.uesb.br/index.php/cmp/article/viewFile/5097/4885. Acesso em: 11out. 2018

ALMEIDA, M. H. M.; PACHECO, S.; KREBS, S.; OLIVEIRA, A. M; SAMELLI, A.; MOLINI-AVEJONAS, D. R.; TOLDRÁ, R.C.; OLIVER, F. C. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 5, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2317-17822017000500305&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 nov. 2018

AMÂNCIO, S. C. M.; CAMARGO, E. A. A. **O papel da educação para o trabalho no processo de inclusão:** discursos de sujeitos com deficiência. Centro Universitário Moura Lacerda – Campinas/ SP, 2017. Disponível em: http://seer.mouralacerda.edu.br/index.php/plures/article/view/308. Acesso em: 15 out. 2018

ARAÚJO, L. M.; ARAÚJO, A. E.; PONTE, K. M. A; VASCONCELOS, L. C. A. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. **Revista Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 549-557, abr./jun. 2018.

ARAÚJO, L. A. D.; MAIA, M. A cidade, o dever constitucional de inclusão social e a acessibilidade. **Revista de Direito da Cidade,** Rio de Janeiro, n. 1. p. 225-244, 2016.

BRASIL. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS; Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 24 mar. 2018.

BRASIL. Cadernos de atenção básica; Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2010a; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 27 mar. 2018.

BRASIL. Desenvolvido pelo Ministério da Cidadania. 2015. Apresente informações gerais sobre o Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC). Disponível em: http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc. Acesso em: 30 maio 2018.

BRASIL. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva; Brasília, DF, 2008; Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf. Acesso em: 11 out. 2018.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF, 2010b; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 27 mar. 2018.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRONDI, J. B. R. Pesquisa Exploratória Descritiva. *In:* LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde:** da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2016. 511p.

CRUZ, V. S. **A satisfação dos usuários de serviços públicos do posto de saúde do Tirol no Rio Grande Do Norte.** 2017, 47 f. Monografia (Graduação em Administração)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Administrativas, Natal, 2017.

CENSO demográfico 2010: Banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/000000084731041 22012315727483985. Acesso em: 10 abr. 2018.

INTERDONATO, G.C.; GREGUOL, M. Promoção da saúde de pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. **HU Revista**, Juiz de Fora, vol. 37, n. 3, p. 369-375, 2012. Disponível em: https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/download/1661/582. Acesso em: 27 mar. 2018.

LAPLANE, A. L. F. O que os dados do Censo Escolar revelam sobre as barreiras à inclusão? **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados/MS, v. 5, n. 13, p. 7-20; 2015; Disponível em: https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/educação/article/view/3762. Acesso em: 15 out. 2018.

MELLO, A. G. Políticas públicas de educação inclusiva: oferta de tecnologia assistiva pata estudantes com deficiência. **Revista Habitus:** revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais - IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 68-92, jul. 2010. Disponível em: www.habitus.ifcs.ufrj.br**.** Acesso em: 15 out. 2018.

Organização das Nações Unidas (ONU). A ONU e as pessoas com deficiência, 2017; Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/. Acesso em: 15 mar. 2018.

PHILERENO, D. C.; SARTORI, N.; ROTTA, C.; KREWER, E. J.; OLIVEIRA, S. M. Qualificação das pessoas com deficiência para o mercado de trabalho: um estudo de caso em Caxias Do Sul – RS. **ESTUDO & DEBATE**, Lajeado, n. 1, p. 160-179, 2015.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Dados em Big Data**, Paraná, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017. Disponível em: www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf. Acesso em: 09 maio 2018.

SILVEIRA, D.T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. *In:* GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. (org.). **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Acesso em: 18 abr. 2018. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

O CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES RELACIONADO À VACINAÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO

Magdiane Galvão[1]
Amélia Natalia Marques Cerentini[2]
Ingre Paz[3]
Anelise Miritz Borges[4]

INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) é uma das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns em todo o mundo, o vírus ataca o epitélio de seres humanos, podendo persistir de forma assintomática ou causar neoplasias, sendo um dos principais fatores para que ocorra um câncer do colo do útero (SANTOS *et al.*, 2018). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), cerca de dois milhões de mulheres são infectadas, anualmente, no mundo, pelo HPV (INCA, 2018).

Há pelos menos cerca de 200 tipos de HPV descritos, sendo aproximadamente 40 desses que se concentram na região anogenital e 13 tipos são considerados oncogênicos, apresentando maior risco ou probabilidade de provocar infecções persistentes e estar associados a lesões precursoras. Os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero, já os tipos 6 e 11, em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos e considerados não oncogênicos (FEBRASGO, 2017).

O HPV isolado não é um fator determinante para o câncer cervical, pode ser associado a fatores como início precoce da vida sexual, o uso de cigarros, contraceptivos orais, múltiplos parceiros, deficiência nutricional e baixa imunidade (CÂNDIDO *et al.*, 2017).

Os principais sintomas do HPV são verrugas encontradas no ânus, vulva, pênis e pele. Como o vírus muitas vezes é assintomático as mulheres descobrem o HPV por intermédio de um resultado anormal do exame Papanicolau. A confirmação pode ser feita por exames laboratoriais de diagnóstico molecular como os testes de captura híbrida que capta a presença do DNA do HPV (BRASIL, 2014).

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.
2 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.
3 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.
4 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

Além da via sexual o HPV pode ser transmitido por contato direto com a pele ou mucosa infectada, via oral-genital, genital-genital e manual-genital (BRASIL, 2014). É mais comum entre adolescentes que mantêm uma vida sexual ativa. Cerca de 50% dos jovens foram contaminados pelo vírus nos primeiros três anos após o início da atividade sexual (SANTOS *et al.,* 2018).

A vacinação contra o HPV, no Brasil, foi ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em março de 2014, disponibilizada principalmente a adolescentes do sexo feminino. São disponibilizadas as seguintes vacinas, ou quadrivalente, que confere proteção contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18, já a bivalente protege apenas contra os vírus 16 e 18.

A campanha de vacinação foi feita por enfermeiros da atenção primária em escolas, mas sem atividades educativas relacionadas ao tema, o que prejudica a adesão à vacina. A vacina do HPV é fundamental dentro do calendário vacinal, porém uma das barreiras é a falta de informações sobre o vírus e a relação com o câncer cervical (OKAMOTO *et al.,* 2016).

Diante desse contexto, a proposta deste trabalho foi conhecer o nível de informação que os adolescentes têm em relação ao HPV, os meios de transmissão, prevenção e principalmente se há uma boa adesão à vacina.

Assim, acredita-se que quanto mais se estude e pesquise sobre a temática, mais se possibilite entender e divulgar a sua importância. Logo, apresenta-se como questão norteadora: Qual o entendimento dos adolescentes em relação à vacina do papilomavírus humano? Quais as razões dos jovens para realizarem a vacina?

Como objetivos do trabalho, têm-se: Investigar o entendimento dos adolescentes, acerca da vacina do papilomavírus humano e identificar as razões que fizeram os jovens realizarem a vacina.

Justifica-se a escolha deste tema pelo fato de que muitos adolescentes realizam a vacina do HPV, porém com informações insuficientes sobre a importância da mesma. Conhecer a realidade dos adolescentes que estudam em escolas públicas poderá contribuir para novas estratégias na abordagem e aprofundamento do conhecimento, contribuindo para o protagonismo, promoção e prevenção de sua saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida junto a uma escola de ensino fundamental e médio do município de Cachoeira do Sul, no Rio Grande do Sul.

A estimativa de participantes da pesquisa foi de 30 adolescentes, porém devido ao não enquadramento nos critérios de inclusão, a amostra constituiu-se de 20 adolescentes de ambos os sexos.

Dentre os critérios de inclusão teve-se: ser adolescente; possuir idade entre 12 a 13 anos; estar matriculado regularmente na escola alvo do estudo; estar presente no dia da entrevista; possuir o Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado pelo seu responsável; concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Assentimento do Menor. Estes termos foram impressos em duas vias cada, assinados e guardados pela pesquisadora.

Quanto aos procedimentos éticos da pesquisa, seguiram-se àqueles previstos na Resolução de nº 466/12 do Conselho de Pesquisa, obtendo-se a autorização da escola e aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, cujo número do protocolo foi 2.860.888**.** Para a identificação das entrevistas foi utilizado o termo adolescente, seguido do sexo e número correspondente a ordem de abordagem ao jovem. Exemplo: Adolescente Sexo Masculino,1 (ASM1).

Dentre os possíveis riscos, salienta-se o desconforto e timidez para responder as perguntas, já entre os benefícios, a possibilidade de auxiliar os professores e supervisores da escola pesquisada, a entender qual o conhecimento desses adolescentes sobre a vacina do vírus HPV.

Os dados coletados foram interpretados a partir do método de análise de conteúdo na Modalidade Temática de Bardin, organizada em três etapas: pré-análise, categorização e interpretação dos dados, que busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Dessa forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos, permitindo a realização de inferência de conhecimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos dados obtidos por meio das entrevistas emergiram duas categorias temáticas. A primeira categoria: Conhecimento sobre a vacina do vírus papiloma humano, na segunda categoria temática: Razões para a realização da vacina do vírus papiloma humano.

CONHECIMENTO SOBRE A VACINA DO VÍRUS PAPILOMA HUMANO

Dos vinte adolescentes entrevistados, 11 eram do sexo feminino e nove masculinos, quando questionados quanto ao conhecimento sobre o HPV, 18 (90%) responderam já ter informações sobre o vírus, entretanto 2 (10%) nunca ouviram nem o nome do vírus.

“Ah, sim, na escola, porque as professoras de ciências ensinam pra gente também, e em casa também a minha mãe fala sobre o vírus, que o HPV é transmitido sexualmente.” (ASF5) “Sim, de um tempo pra cá esse assunto está meio que em

alta." (ASF11) "Sim, na escola participei de uma palestra sobre o HPV." (ASM14)

Em um estudo de Panobianco *et al*. (2013), conduzido em Ribeirão Preto, São Paulo, foi avaliado o nível de conhecimento de jovens estudantes de um curso superior, acerca do HPV, demonstrando que mais da metade dos entrevistados sabiam o significado do HPV. Segundo Contreras-Gonzales *et al*. (2017), o conhecimento sobre o HPV, para adolescentes, pode ser considerado como um importante fator de proteção para a sua saúde.

Quando interrogados sobre o conhecimento acerca dos sintomas da infecção pelo HPV, 8 (40%) adolescentes informaram a presença de verrugas genitais, seis (30%) adolescentes não souberam responder e outros seis (30%) relataram não haver sintomas.

"Ele não tem sintomas, tem que fazer aquele exame do colo do útero." (ASF7) "Os sintomas são verrugas que as meninas têm na vagina, mas só dá pra descobrir fazendo aquele exame, o citopreventivo eu acho..." (ASF11)

Um estudo realizado no México mostrou que houve um baixo nível de conhecimento dos adolescentes sobre o que causa a infecção, as consequências do vírus no corpo, vias de transmissão e vacinação (CONTRERAS-GONZALEZ *et al.*, 2017).

Quando perguntado sobre a forma de transmissão do vírus HPV, 15 (75%) relataram que o mecanismo se faz pela via sexual, já quatro (20%) adolescentes não souberam responder e 1 (5%) relatou ser pelo beijo e contato sanguíneo.

De acordo com Abreu *et al.* (2018), saber a forma de transmissão do vírus pode formar comportamentos preventivos e terapêuticos, a grande maioria das pessoas conhece a forma de transmissão, que é exclusivamente via sexual.

"Que eu sei, a professora já explicou que é... durante o sexo que o homem passa pra mulher e a mulher também." (ASF3) "Fazer sexo sem usar camisinha." (ASF9)

Pimenta *et al.* (2014) relatam haver, por vezes, incoerências no entendimento quanto à transmissão do HPV, como foi possível presenciar na presente pesquisa: "Acho que é por sexo? De repente, pelo beijo na boca e pegar o sangue de outro." (ASM12)

Ao abordar sobre quem pode adquirir o vírus, 13 adolescentes (65%) relataram ser qualquer pessoa, seja menino ou menina, já quatro (20%) expuseram que apenas as meninas podem contrair o vírus, dois adolescentes (10%) não souberam responder e um (5%) não soube se expressar sobre o tema.

"Qualquer pessoa que faz sexo." (ASF20) "Tanto o homem quanto a mulher." (ASF7)

Bretas *et al*. (2009) identificaram em seu estudo a resposta de que são as mulheres as maiores transmissoras do HPV, o que denota um entendimento distorcido que responsabiliza apenas o grupo feminino.

Frente ao conhecimento relacionado à vacina do HPV, 13 (65%) adolescentes indicaram haver a vacina e realizaram a mesma, quatro (20%) relataram existir a vacina, porém não a realizavam e três adolescentes (15%) não souberam responder à questão. Logo, percebe-se que o conhecimento atrelado ao HPV destoa, por vezes, do que a cientificidade comprova quanto à existência dos benefícios da vacina como meio de prevenção.

RAZÕES PARA A REALIZAÇÃO DA VACINA DO VÍRUS PAPILOMA HUMANO

O principal intuito desta pesquisa foi buscar conhecer as condições de informação acerca da vacina do vírus HPV, na qual questionou-se a existência da vacina contra o HPV e a adesão da mesma. Dos vinte adolescentes entrevistados, 17 fizeram a vacina (85%) e três (15%) não souberam responder como evidenciado nas falas a seguir: “Eu não sei, não tenho carteira de vacinação.” (ASM12) “Hum... eu não sei nada sobre isso moça. Acho que não.” (ASM1) “Não lembro.” (ASF11) Através das falas, destaca-se a necessidade de mais orientação sobre prevenção em saúde com os adolescentes. Silva (2018) relata que, para trabalhar com adolescentes, deve-se primeiramente focar na forma de prevenção, deve-se conscientizar as pessoas sobre a importância da vacina, capacitar os professores para transmitir a informação correta. Para prender a atenção dos nossos jovens é fundamental uma linguagem clara e acessível e tecnologias que chamem a atenção como vídeos, folder e outros materiais que facilitem o entendimento (SILVA *et al.,* 2018).

Muitas vezes, há um conhecimento restrito da população sobre o HPV e as vacinas ofertadas na rede de saúde, o que pode estar relacionado ao modo como é passada a informação às pessoas (MANOEL *et al.,* 2014).

Em contrapartida, 17 dos adolescentes entrevistados afirmaram que existe a vacina do HPV, sendo um bom número comparado com outro estudo de Abreu *et al*. (2018), onde menos da metade dos adolescentes entrevistados sabiam da existência da vacina do vírus HPV. Investigar o conhecimento sobre o HPV e o grau de conhecimento é fundamental, o que permite, através de alguns resultados, ponderar estratégias corretas para construir um planejamento eficaz com medidas de prevenção, promoção e diagnósticos precoces relacionado ao vírus.

Quando entrevistados sobre o motivo pelo qual é importante realizar a vacina, 13 (65%) adolescentes responderam que receberam a vacina para se prevenir do vírus, seis (30%) responderam que foi por obrigação, seja dos pais e da escola e um (5%) respondeu que não sabia o motivo de ter realizado.

Segue algumas falas: “Pra não pegar a doença, o vírus né”. (ASM13) “Pra fazer no início da adolescência, para não pegar doença, porque é a idade que a gente não faz sexo ainda.” (ASF5) “Eu recebi a dose porque é obrigatória, não é? Minha mãe me leva sempre pra fazer as vacinas.” (ASF11) “Porque é obrigatória e pra não pegar HPV.” (ASM1)

Em um estudo feito por Silva *et al*. (2018) os entrevistados trouxeram a importância da prevenção e do fortalecimento do nível de conhecimento de outras pessoas, para que saibam o real motivo de realizar a vacina, logo, foram sugeridas ações educativas como estratégias para promover a vacinação.

Na fase da adolescência, o número de parceiros diferentes nas relações sexuais aumenta os índices de ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Quando não ocorre a prevenção, os vírus, como o HPV, podem ser disseminados de uma pessoa para a outra, aumentando a sua propagação. Nesses casos, as vacinas são extremamente eficazes, principalmente quando realizadas antes do adolescente ter sua primeira relação sexual (PANOBIANCO *et al.,* 2013).

Entretanto, problemas com a adesão à vacina são encontrados, e estratégias para um maior assentimento desses jovens à vacinação são necessários. Entre essas estratégias, tecnologias educacionais que se caracterizam por um conjunto de conhecimentos que visam executar e planejar o processo educacional com o intuito de elucidar os benefícios e efeitos adversos em relação à vacina devem ocorrer de forma consciente (SANTOS *et al.,* 2018).

Quando questionados sobre a recomendação da vacina do vírus HPV, nove (45%) afirmaram ter sido feita pelos pais, três (15%) relataram que a vacina foi recomendada na escola, dois (10%) informaram que ninguém fez esta recomendação.

Segundo Silva *et al.* (2018), os pais são grandes incentivadores, onde é mais fácil realizar orientações, esclarecer dúvidas e sensibilizá-los sobre a proteção. Além de serem incentivadores pela vacinação dos jovens, conforme os depoimentos a seguir: “Foi pelos meus pais.” (ASM 17), “Minha mãe me falou.” (ASF20).

Sendo assim, reforça-se a importância do conhecimento dos pais nas questões de saúde, de forma que contribuam para a promoção à saúde de seus filhos.

A escola é um ambiente excepcional para realização de ações educativas. Num estudo realizado no Quênia, no ano de 2015, os professores eram os que mais recomendavam a vacinação do HPV (SILVA *et al.*, 2018). Vindo ao encontro dessa pesquisa, segume alguns relatos:

“Ah, na escola é recomendado, em casa e também eu acho que é obrigatório né?” (ASF5) “Eu vi na escola, e na internet também.” (ASF19)

Ao abordar sobre o aprendizado das informações sobre o vírus, os relatos foram: 16 (80%) dos adolescentes referiram que obtiveram informações sobre o HPV

e sobre as vacinas na escola e somente quatro (20%) dos adolescentes relataram que aprenderam essas informações acessando a internet e em casa.

"Na escola ainda que a gente fez um trabalho sobre todas as doenças assim." (ASF5) "Eu ouvi os outros falarem na escola, na aula de ciências a professora fala." (ASF6) "Aqui na escola a gente fez uma maquete ano passado sobre vírus, e eu e minha colega escolhemos o HPV." (ASF7)

No estudo de Silva *et al.* (2018), foi relatado que os entrevistados adquiriram o conhecimento acerca do vírus HPV através da televisão, que apresentou a maior frequência de respostas, seguido pelos professores e internet, o que difere um pouco dos resultados encontrados nesta pesquisa.

O estudo realizado por Osis e Duarte (2014) com usuários do SUS, encontrou a mídia como fonte de informação mais citada pelos participantes, mas este estudo não abrangia indivíduos escolares. Assim, é possível perceber que a mídia e, especialmente a escola no caso dos adolescentes, possui fundamental importância na educação sexual e estimula atitudes preventivas por parte dos jovens.

Devido ao início da vida sexual, e o grande risco de infecção, é imprescindível o esclarecimento dos adolescentes em relação à transmissão e prevenção de ISTs, especialmente o HPV, que pode ter consequências graves como o câncer cervical, de pênis, ânus e orofaringe (OSIS; DUARTE, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo exposto pode-se perceber que há conhecimento sobre a sigla HPV. Quanto aos sintomas, houve um grande déficit de informação, havendo relatos equivocados, o que gera uma grande preocupação sobre o que está sendo aprendido. Mesmo com as campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde sobre o HPV, nos últimos anos, fica explícito que ainda existe falta de informação e conhecimento sobre o vírus.

Sobre a forma de transmissão, evidenciou-se, em sua maioria, respostas adequadas em relação à literatura científica, contudo, reforça-se que a falta de orientação adequada favorece o desenvolvimento de concepções e condutas impróprias. Dessa forma, ter conhecimento de como o vírus é transmitido seria o mínimo de informação necessária para a população, sendo assim, é necessário promover atividades junto à escola, a fim de conscientizar sobre a prevenção do HPV.

Ao analisar a questão de quem poderia adquirir o vírus, surpreendeu o número de adolescentes que relatam ser apenas as meninas, o que pode estar relacionado ao preconceito com as mulheres, pois sabe-se que o HPV tende a estar presente entre os sexualmente ativos, e que o homem é um importante meio propagador deste vírus entre as mulheres.

É necessário, então, o esclarecimento sobre as concepções desses preconceitos, não responsabilizando somente a mulher, é importante conscientizar a população sobre as crenças e tabus que interferem de forma negativa no conhecimento.

Quanto à adesão, esta foi positiva, sendo a maioria dos adolescentes vacinados, logo os adolescentes estão mais atentos às questões de saúde, contudo, ao indicarem a imposição dos pais ou da escola para a vacinação, denotam a necessidade de estratégias mais esclarecedoras para se evitar a propagação da doença. Sendo necessário não somente desenvolver ações voltadas aos adolescentes, mas também aos pais, promovendo estratégias educativas na comunidade, a fim de disseminar cada vez mais os conhecimentos e mudar certos comportamentos ocasionados pela falta de informação.

Os profissionais de saúde, dentre eles, enfermagem, exerce papel fundamental em ações educativas na atenção primária em saúde, pois necessitam estar inseridos na comunidade escolar, reforçando o conhecimento dos educadores, adolescentes e pais, atuando como transformadores em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. *et al.* Conhecimento e percepção sobre HPV na população com mais de 18 anos da cidade de Ipatinga, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 849-860, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n3/849-860/pt. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. HPV: sintomas, causas, prevenção e tratamento. 2017. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv. Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático sobre HPV, guia de perguntas e respostas para o profissional da saúde. Brasília, 2014. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/07/guia-perguntas-repostas-ms-hpv-profissionais-saude2.pdf. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRETAS, J. R. S. *et al.* Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 551-557, 2009.

CÂNDIDO, S. A. *et al.* Infecção por papilomavírus humano de alto risco oncogênico em mulheres atendidas no programa de saúde da família da cidade de serra talhada, pernambuco. **Medicina veterinária (UFRPE)**, Recife, v. 11, n. 4, p. 270-278, 2017. Disponível em: http://www.journals.ufrpe.br/index.php/medicinaveterinaria/article/view/1956/482482578. Acesso em: 24 mar. 2019.

CONTRERAS-GONZALEZ, R. *et al.* Nivel de conocimientos en adolescentes sobre el virus del papiloma humano. **Enfermaría universitaria**, México, v. 14, n. 2, p. 104-110, 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000200104&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2018.

COSTA, L. A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 249-261, 2013. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 abr. 2019.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **O HPV.** 2017. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/120-hpv. Acesso em: 10 abr. 2019.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MANOEL, A. L. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre o vírus do papiloma humano (HPV) e sua vacinação entre agentes comunitários de saúde na cidade de Tubarão, Santa Catarina, em 2014. **Epidemiologia e Serviços de saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 399-404, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/ress/2017.v26n2/399-404/pt. Acesso em: 11 out. 2018.

OSIS, M.J.D, Duarte, G. A, Sousa, MH. Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 123-133, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102014000100123&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 abr. 2019.

OKAMOTO, C. T. *et al.* Perfil do conhecimento de estudantes de uma universidade particular de Curitiba em relação ao HPV e sua prevenção. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 611-620, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0611.pdf. Acesso em: 23 mar. 2019.

PANOBIANCO, M. S. *et al.* O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. **Texto e Contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 201-207, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_24.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

PIMENTA, A. T. M. *et al.* Conhecimento de mulheres sobre alguns aspectos do papiloma vírus humano. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 2, p. 143-148, 2014. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n2/AO1_Conhecimento-de-mulheres-sobre-alguns-aspectos-do-papiloma-virus-humano.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

SANTOS, A. S. *et al.* Tecnologia educacional baseada em nola pender: promoção da saúde do adolescente. **Revista de enfermagem da UFPE On line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 582-588, 2018. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/35786/1/2018_art_assantos.pdf. Acesso em: 08 abr. 2019.

SILVA, A. K. C.; ROSS, J. R. Vacinação contra o Papiloma Vírus Humano no Brasil: uma interlocução com as publicações científicas. **Journal of management and primary health care**, [*s. l.*], v. 8, n. 1, p. 91-98, 2018. Disponível em: http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewfile/299/428. Acesso em: 16 abr. 2019.

SILVA, P. M. C. *et al*. Conhecimento e atitudes sobre o Papilomavírus humano e a vacinação. **Revista da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e20170390, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2019.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: FATORES QUE INTERFEREM PARA A SUA PRÁTICA

Josiani Rita Salvi Fischer[1]
Anelise Miritz Borges[2]
Ingre Paz[3]
Amélia Natalia Marques Cerentini[4]

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) consiste em uma estratégia natural de vínculo, carinho, zelo e nutrição à criança, tornando-se a opção mais econômica e eficaz na minimização da morbimortalidade infantil, sendo possível prevenir no mundo, por ano, aproximadamente seis milhões de mortes em crianças menores de doze meses (BRASIL, 2015a).

Assim, torna-se necessário compreender que existem tipos de aleitamento materno, cuja ênfase nesta pesquisa, será essencialmente o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), ou seja, a oferta apenas do Leite Materno (LM) como alimento até os seis meses de vida da criança.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza o AME, pois evita as mortes infantis e a diarreia, esta última, relacionada às crianças que se encontram em baixo nível socioeconômico. O LM auxilia na conformação do palato duro nos infantes, evita as infecções respiratórias, como pneumonias, bronquiolites e otites, reduz as chances de desenvolver alergias, anemias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade infantil e hipercolesterolemia. Otimiza o desenvolvimento cerebral e cognitivo da criança, causando efeito positivo na sua inteligência (BRASIL, 2015a).

Condizente com o exposto, o Ministério da Saúde reforça que o ato de sugar proporciona um melhor desenvolvimento da face, da fala, dos dentes e da respiração da criança (BRASIL, 2017). A prática do AM é o método mais seguro de alimentação na primeira infância, é uma mistura única de proteínas, carboidratos, vitaminas, minerais e células vivas.

---

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

4 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

Um composto natural, de fácil digestão, que estimula o vínculo, oferecendo benefícios imunológicos, nutricionais, psicológicos e econômicos ao binômio mãe e filho (BRASIL, 2015a).

Mesmo assim, o desmame precoce ainda é um grande problema à saúde pública, pois existem fatores que interferem na continuidade do amamentar, como a resistência da nutriz em aleitar o seu filho, os momentos de dor, medo, a baixa escolaridade, o retorno ao trabalho, a influência cultural, a baixa renda e a falta de conhecimento da mãe e demais membros da família, em relação aos benefícios e vantagens do AM (COUTINHO; KAISER, 2015).

Outro aspecto pertinente ao desmame precoce é o uso de mamadeiras e chupetas, os quais elevam o risco de desmame precoce e aumentam a possibilidade de desenvolver diarreias, por serem fontes de contaminação à criança, devido à má higienização. Também contribuem para problemas orofaciais, dislalias e a pega incorreta no seio da mãe, facilitando o desenvolvimento de fissuras na mama e maior probabilidade de ocorrência de monilíase oral na criança (BRASIL, 2015a). E, por vezes, é neste momento em que a mãe acredita que o seu leite é insuficiente, corroborando para a desistência em ofertá-lo (SANTOS *et al.*, 2017).

Contudo, mesmo diante de evidências científicas que demonstram a superioridade do AM perante as outras formas de alimentar a criança, e apesar dos esforços de organizações nacionais e internacionais, as prevalências do AME no Brasil, estão inferiores às recomendadas (BRASIL, 2015a).

O enfermeiro e demais integrantes que atuam em unidade de Atenção Primária em Saúde (APS), como as Estratégias Saúde da Família (ESF), possuem de acordo com Silva *et al.* (2016), a oportunidade de conhecer a população adscrita, e principalmente as mães que estão no processo de amamentação. Evidencia-se a indispensabilidade da valorização ao cuidado integral, no acompanhamento da mulher desde o pré-natal até o pós-parto, já que, por vezes, as dificuldades no acesso a esses serviços podem interferir no AM.

Assim, acredita-se que quanto mais se estude e pesquise sobre a temática do AM, mais se possibilite entender e divulgar a sua importância. Logo, apresentam-se como questões norteadoras: Qual o conhecimento das mães em relação à amamentação? Quais os fatores que contribuem para as mães não ofertarem o aleitamento materno exclusivo aos seus filhos? Como objetivos do trabalho, têm-se: Analisar o conhecimento das mães em relação à amamentação; Identificar os fatores que contribuem para as mães não ofertarem o aleitamento materno exclusivo aos seus filhos.

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, conduzido em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) localizadas no Bairro Bom Jesus, em Santa Cruz do Sul (SCS), cenário com presença de vulnerabilidades sociais potencialmente influenciáveis no processo de amamentação.

Os participantes da pesquisa constituíram-se de mães que possuíam os seus filhos com idades entre zero a seis meses, que não estivessem amamentando de forma exclusiva e todas deveriam residir no bairro Bom Jesus. Excluíram-se da pesquisa, mães que não amamentaram seus filhos por prematuridade da criança ou por estas apresentarem comorbidades.

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevista utilizando-se de um instrumento semiestruturado, aplicado individualmente e gravado, junto a uma sala de atendimento disponível em cada ESF. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos, estas identificadas pela letra M (de mãe), seguido do número referente à ordem de realização das entrevistas.

Quanto às exigências éticas e científicas preconizadas na pesquisa com seres humanos, foram considerados os princípios previstos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Obteve-se também, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de SCS, sob protocolo nº 2.436.363. Foram fornecidos esclarecimentos sobre o trabalho e assegurado a responsabilidade ética por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes.

O processo de análise de dados contou com o suporte literário de Bardin, a qual considera três etapas: a Pré-análise: com a sistematização e organização das ideias através de uma leitura inicial dos dados, para então conduzir o desenvolvimento das etapas seguintes. Nesta fase, se buscou rever os objetivos iniciais do estudo para ter a efetiva compreensão. Seguido da segunda etapa, a Exploração do material: fase classificatória para alcançar uma compreensão do texto, com a administração das decisões e percepções, momento em que ocorreu a categorização das expressões para tornar o conteúdo claro e organizado. Por último, o Tratamento dos resultados e interpretação: realizada a síntese, com seleção e interpretação dos resultados, cálculos de frequência e finalização das categorias temáticas da análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentar os resultados da pesquisa, estes foram dispostos em dois temas: Características e escolhas maternas que interferem no ato de amamentar; Amamentação: o conhecimento da mãe e os embates para a sua prática.

CARACTERÍSTICAS E ESCOLHAS MATERNAS QUE INTERFEREM NO ATO DE AMAMENTAR

A pesquisa contou com 13 mulheres, as quais possuíam idades entre 18 a 41 anos e média de 27 anos, vinculadas ao bairro Bom Jesus, do município de Santa Cruz do Sul. Pode-se verificar junto às participantes que a maioria possuía ensino médio, seu estado civil era união estável, houve o predomínio de primíparas e o tipo de parto foi cesárea, este, para 10 participantes.

Frente a tais resultados, verifica-se junto à literatura, que a escolaridade materna acima de oito anos (ASFAW; ARGAW; KEFENE, 2015) e a união estável entre os pais (FROTA *et al*., 2016) apresentam-se como fatores protetores para o AM.

Outro aspecto que pode influenciar positivamente no ato de amamentar é o número de consultas durante o pré-natal, os dados da pesquisa revelaram que a maioria das participantes realizaram uma média de 8,6 consultas, em ambas as unidades, no mínimo sete e no máximo dez encontros. Duas mães não souberam precisar o número, nem encontraram a caderneta de gestante.

A frequência ideal de consultas, conforme a caderneta da gestante, alterna de acordo com o período gestacional, sendo recomendadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais da 28ª a 36ª e, semanais da 36ª a 41ª, o que totaliza 10 a 15 consultas (BRASIL, 2016). Já o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, considera seis consultas, como um número mínimo para um pré-natal saudável (BRASIL, 2002).

O MS revela um aumento do número de consultas no pré-natal, passando de quatro para oito, estas evidências indicam uma redução significativa para a incidência de mortes perinatais. Não existindo a alta do pré-natal, pois o acompanhamento da mulher no período de gravidez se encerra após a realização de no mínimo, uma consulta puerperal, a qual deve acontecer até o 20º dia após o parto (BRASIL, 2016). Momento oportuno para viabilizar à puérpera, uma atenção qualificada quanto aos seus anseios e contribuir para o seu autocuidado em prol da sua saúde e do seu filho.

Entretanto, tem-se a prática do desmame como um dos motivos frequentes e associados à idade da mãe inferior a 30 anos (ASEMAHAGN *et al.,* 2016), a cesariana eletiva e a primiparidade (VIEIRA *et al.,* 2014).

As participantes da pesquisa relacionaram o parto cesáreo como um efeito redutor na descida do LM, Arruda *et al.* (2018), trazem em seus estudos que existe a associação entre a cesárea e o AM, cuja recuperação pós-parto é mais lenta, podendo aumentar o desconforto físico da mãe, diante dos efeitos decorrentes do procedimento cirúrgico e reduzir pela metade, a prevalência da amamentação, principalmente na primeira hora de vida. Porém, a cesárea não é um impedimento à amamentação, o ato de aleitar logo após a este tipo de parto, pode ser um pouco

mais cansativo, mas a ideia é que evolua exatamente como após o parto normal. O que considera que a demora do primeiro contato mãe/filho auxilia na demora da descida do LM e na introdução precoce de fórmulas.

O tempo médio da oferta do seio materno, após o parto, para as 13 mães pesquisadas foi menor que o período de uma hora, o que de acordo com Brasil (2015a), reduz as chances de adoecimentos e mortes, especialmente, se esta prática de AM for exclusiva até os seis meses de vida da criança.

É preciso ponderar, de acordo com Brasil (2016), que o parto cesáreo, além elevar o tempo à primeira mamada, também aumenta os riscos de infecção à puérpera e o tempo para a sua recuperação. Não obstante, muitas vezes, a cesariana é entendida como um método seguro e tranquilizador, dada aflição do parto, pois reduz a imprevisibilidade. Destarte, a opção pela cesariana pode estar interligada à falta de conhecimento a respeito dos tipos de parto e, principalmente, à concepção do sentir dor, que está associada ao parto normal.

Adicionalmente, para Santana, Lahm e Santos (2015), experiências anteriores frente aos tipos de parto, percepções acerca da recuperação pós-parto, orientações médicas e aspiração pela laqueadura tubária, emergiram como os principais fatores que influenciam as gestantes na escolha do parto, mesmo sabendo que é uma decisão médica. Concorreram, também, a influência da família e o acesso à informação online.

Para Almeida, Luz e Ued (2015), a qualificação e o conhecimento dos profissionais da saúde são essenciais para um desempenho adequado a essas mulheres/mães. Todavia, torna-se evidente a falta de preparo de muitos destes profissionais sobre a amamentação, o que retrata a necessidade de serem capacitados para trabalhar sobre o AM e a saúde materno-infantil.

AMAMENTAÇÃO: O CONHECIMENTO DA MÃE E OS EMBATES PARA A SUA PRÁTICA

Ao dialogar com as 13 mães sobre amamentação, questionou-se sobre o significado de AME, 11 mães relacionaram ser até os seis meses de idade, porém, 10 delas não praticaram a exclusividade. Uma delas referiu ser até os sete meses e outra não soube conceituar.

“Exclusivo é a criança se alimentar só de leite materno, sem nada mais como os médicos dizem, sem água, chazinho, sem nada, só o leite. (M,09) “Só o leite, até os seis meses, eu nunca esperei até os seis meses das outras [filhas], pode ser que dessa eu espere, não sei. Os outros dei papinha”. (M, 02)

> Acho que é só dar o leite materno até os seis meses. Desde os dois dias eu usei uma pomada no seio e deu cólica nela, aí ela ficou

> enjoada e não pegava o peito, daí minha mãe deu chá para ela na mamadeira. Dei por conta, chá e água na mamadeira. (M,13)

A introdução de outros alimentos antes dos seis meses de idade predominou na pesquisa, mesmo a maioria sabendo do conceito de AME. Dentre as inserções alimentares estiveram as frutas e papas, iogurtes, suco de frutas, leite de vaca, batatinha com cenoura e feijão, farinha láctea, complementos em pó, água e chás. Um dos motivos de destaque à inserção dos alimentos foi o tempo de licença maternidade, o que antecipou o acesso de seis lactentes à escola infantil, a partir dos quatro meses.

"Com três meses mamou o peito mais complemento em pó, agora ela está comendo maçã, banana e pera. Eu comecei a dar porque ela vai à creche [...]". (M,01)

> [...] ela vai para creche semana que vem, daí a gente começou a introduzir aos poucos [...] a maçã, essa semana a batatinha e cenourinha para ver como ela reage. [...] até os cinco meses foi só meu peito, água e chá também! (M,11)

Frente a esta realidade, o baixo nível de conhecimento somado ao retorno à atividade laboral, levam as mães, muitas vezes, à introdução de plantas medicinais, água, papinhas e outros tipos de leites. Além de enfrentarem tais situações, algumas são adolescentes, outras não têm companheiros, residem com os pais e/ou encontram-se desempregadas (COUTINHO; KAISER, 2015). Aleitar exclusivamente, necessariamente colaboraria na redução de gastos com a compra de leites para complemento, mamadeira, gás de cozinha, medicações e deslocamentos oriundos de doenças causadas pela não amamentação (BRASIL, 2015b). Conhecimento que precisa ser reforçado às mães que amamentam ou deixaram de aleitar.

Para a literatura científica, após os seis meses de AME, podem ser associados alimentos complementares, sendo indicados os saudáveis, assim, orienta-se intercalar as mamadas com papas de frutas e/ou sopinhas, permanecendo com o LM até que o desmame aconteça naturalmente, e seja manifestado pela criança (BRASIL, 2015a). O que pode ocorrer até os três anos de vida, logo não deve ser planejado ou fazer parte de uma decisão da mãe (BRASIL, 2015b).

Outro embate à amamentação é a presença de cólicas nos lactentes e a influência de avós, mães e sogras, fatores estes que contribuíram à complementação do LM, para 10 participantes. "Minha mãe dizia, não dá mamá no peito, tem que dar chá. Nunca vi criança se criar com chá, eu dizia". (M,10)

> Quando ela estava quase completando quatro meses, [...] eu comecei com chazinho [...] de funcho, minha avó sempre diz que é bom para barriga, para não ficar com intestino preso. A minha sogra e meu marido falavam que o meu leite era fraco, e que eu tinha que dar

> água e chá. Depois dos quatro meses, comecei a dar suco de fruta, sopinha com batata, maçã raspadinha, suco de mamão, laranja, uva, tudo natural, nada artificial. (M,03)

"As pessoas falam demais, uma guria disse, não tem bico [bico invertido], não vai amamentar [...]. Cada uma tem uma experiência. Daí tu pensa, até que ponto é verdade ou mentira." (M,11)

É necessário compreender a interação do grupo de convívio social da mulher, seja este com influências positivas ou negativas à amamentação. Às vezes, as nutrizes tornam-se mais resistentes ou confusas às contribuições de seus familiares e amigos próximos, especialmente quando elas já possuem experiências sobre a amamentação (OLIVEIRA *et al.,* 2015).

Oliveira *et al.* (2016) revelam que o desmame precoce pode estar relacionado com as influências familiares, suas crenças e cultura, as quais podem até gerar consequências traumáticas na relação mãe/bebê, a herança cultural muitas vezes conflitua com as comprovações científicas. Não obstante, os autores supracitados e o Ministério da Saúde apresentam outras causas, que se aproximam aos relatos das participantes, como as mudanças anatômicas das mamas, dificuldade na pega e o retorno da mãe ao trabalho (BRASIL, 2015a).

Ao conversar sobre o entendimento das participantes quanto ao período indicado para o desmame, quatro informaram ser aos seis meses, seja por orientações médicas, adaptação na creche, retorno ao trabalho e/ou introdução de outros alimentos. Outras quatro mães, acreditavam que o período ideal seria aos dois anos de idade, pois a partir daí, já poderiam utilizar a mamadeira, comer frutas e legumes. Duas mães responderam que o desmame deveria ocorrer com um ano de vida da criança, devido a mesma já receber outros nutrientes e, também, pelas microlesões nas mamas ocasionadas pela existência da dentição. Uma delas não soube responder e duas acreditavam que não haveria uma idade para o desmame: "Ah, acho que não tem idade né, a hora que ele quiser parar de mamar." (M, 04) "Não tem idade certa, a hora que não quiser mais, não dá [...]." (M, 06)

É importante, segundo Sehnem *et al.* (2016) que o profissional de saúde permita um espaço para o diálogo com a mãe, de forma que haja o estímulo à compreensão sobre os benefícios do AM, com o subsídio de medidas interventivas. Os sentimentos de culpa, impotência e tristeza comumente se manifestam à mãe, a qual, muitas vezes, encontra-se insegura e descoberta de apoio. A experiência anterior relacionada a uma amamentação difícil pode influenciar negativamente ao AM (BRASIL, 2015a).

O julgamento quanto à existência de leite fraco e/ou insuficiente, a recusa do peito pelo bebê ou a oferta de água, são conhecimentos das mães que normalmente contribuem à inclusão de alimentos complementares de forma precoce. Assim como,

a anatomia do mamilo, o ingurgitamento da mama ou posição inadequada no AM (BRASIL, 2015b).

Reiteradas vezes, as mães não compreendem que a existência de algumas crenças, requerem a sua contextualização atual, assim como a aproximação com o conhecimento científico.

Quando questionadas sobre o conhecimento inerente à pega correta do bebê na amamentação, 11 participantes revelaram ser o envolvimento da boca do bebê em boa parte da aréola. Já duas entrevistadas responderam ser a pega somente do bico do seio, mesmo que esta ação lhe causasse algia intensa. O sucesso do AM está na pega correta, ou seja, a técnica incorreta de sucção dificulta a mamada e o esvaziamento do peito, podendo interferir na produção do LM e até mesmo, no desmame precoce (BARBOSA *et al.*, 2017).

A maioria das participantes afirmou ser necessário o cuidado com as mamas para a efetividade do processo de AM, apenas duas mães não avaliaram dada importância. "[...] cuidava muito, massageava, passava creme no seio, não tive uma rachadura! Eu tomava muito líquido [...] para ajudar a vir o leite. Comecei antes dela nascer, [...] ajudou, [...] eu consegui." (M, 09)

> Tudo que a gente come vai para o nenê, se eu tomar refrigerante vai para o leite, daí vai dar dor de barriga. Lavar bem a mama, não com sabonete, porque ele [filho] vai ver o cheiro e não vai querer o peito. Minha sogra disse para lavar só com água. Cuidar para não machucar, porque dói, não bater os peitos. (M, 05)
>
> É bom cuidar antes, durante e depois, porque começa a mamar, começa a doer o peito, parece uma dor que nunca vai passar, mas preparar antes, aquela esponjinha no bico do peito para ficar forte. [...]. O creme, falaram que [o seio] ficava mais sensível. (M, 11)

Muitos cuidados relatados acima também foram recomendados por amigas, vizinhas, sogras entre outras pessoas, sendo estes: esponja e/ou sabonete esfoliante durante o banho para fortalecer as mamas, o uso do bico de luz, pomadas, pó da castanha de cacau, casca de mamão, manteiga de cacau e o uso do bico de silicone. Todas estas práticas voltadas ao surgimento de rachaduras no seio, realizadas antes do bebê nascer para preparar o bico da mama e, após o nascimento, para minimizar as lesões. Já para o cuidado com o ingurgitamento mamário foram citadas as massagens com ou sem água morna, o uso de óleos e cremes hidratantes.

A higienização e massagens delicadas no banho diário aliviam o desconforto e facilitam o esvaziamento da mama, não havendo necessidade da higiene ser praticada após cada mamada (BRASIL, 2015b).

Outro fator importante e muito presente no processo de amamentação foi a introdução da mamadeira, utilizada por 12 entrevistadas. A compreensão das mães

incidia essencialmente na inclusão de outros leites ou líquidos, como algo positivo. Foram quatro participantes que relataram a insuficiência de LM, desencadeando o uso das fórmulas lácteas. As demais nove entrevistadas, entendiam ser um mecanismo útil à oferta de chás e água, ou redução da ansiedade e choro, devido a pega incorreta.

Quanto à introdução da chupeta, esta também se constituiu como uma ação eficiente na visão das mães, e que pouco interferiria no ato de amamentar. Oito participantes incluíam a chupeta para acalmar a criança, outras duas mães não tiveram sucesso na oferta e, as demais, introduziram por influência de familiares, como a extensão de uma prática conduzida pelas gerações anteriores.

"[...] o bico ela pegou lá no hospital no primeiro dia, só não chupa constante, quando eu tiro o peito, boto o bico para enganar." (M, 13)

> O bico ela usa desde que nasceu, a mamadeira faz um mês. O hospital não queria que desse o bico, mais eu dei, a mãe [Avó] disse dá o biquinho para ela [...]. Eu dei a mamadeira, porque ela não queria mamar, daí ela se acalmou. (M, 05)

Conforme o Ministério da Saúde, a utilização de chupetas e mamadeiras interferem significativamente no ato de amamentar, ou seja, a forma de o bebê sugar estes e o bico do peito da mãe são diferentes. O que, na maioria das vezes, faz com que eles desistam do peito, pois confundem os tipos de bico e passam a sugar incorretamente. O uso desses recursos faz também com que a criança respire pela boca, alterando a formação da arcada dentária, as funções de mastigação, deglutição, sucção e manutenção de vínculo mãe e filho (BRASIL, 2015b).

Crianças que fazem uso de chupeta, mamam com menos frequência, acarretando a menor produção de leite pela mãe, corroborando a necessidade de complemento, consequentemente, favorecendo ao desmame precoce (BRASIL, 2015a). Cabe ao enfermeiro, um dos profissionais responsáveis pela orientação sobre o AM, disseminar o seu conhecimento e identificar durante o pré-natal, as práticas, crenças e a vivência familiar da gestante, com o propósito de promover o aleitamento e garantir efetividade na assistência à nutriz.

CONCLUSÃO

É fundamental que as nutrizes e seus familiares tenham conhecimento sobre a importância do AME, bem como os benefícios para a mãe e a criança. Para tal, os profissionais de saúde necessitam estar devidamente capacitados e mobilizados no enfrentamento de dificuldades na lactação, com o intuito de minimizar o índice do desmame precoce e possíveis adoecimentos infantis.

Identificar os fatores considerados decisivos à amamentação é o ponto de partida, ponderar as características educacionais, culturais e familiares dos envolvidos com a lactante/lactente é o meio para reforçar o AME. Dentre os fatores que interferiram de forma positiva, teve-se o número de consultas no pré-natal, o interesse diante das dificuldades com o AM, somado ao tempo menor de uma hora na oferta do seio ao recém-nascido. Já de forma negativa, a primiparidade, ter de voltar ao trabalho após o quarto mês de licença maternidade, a influência de familiares e o uso de chupeta e mamadeira.

Foi possível perceber que existem falhas no processo de transmissão e compartilhamento de informações sobre o AME, por parte dos profissionais de saúde envolvidos na prestação da assistência. O enfermeiro atuante na ESF é uma peça chave, pois é um educador e incentivador do AM, é ele junto de sua equipe, que valoriza e empodera as mães, tornando-as protagonistas na alimentação do seu filho.

O estudo abrangeu duas unidades de saúde, das 26 ESF existentes no município, logo os resultados não podem ser generalizados, contudo representam um bairro, cuja busca em investigar o processo tão importante e bonito da vida da mãe e da criança, que é o ato de amamentar, fez do trabalho uma ação alcançável, pois instigou a reflexão ao tema pelos envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. de; LUZ, S. de A. B.; UED, F. da V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-62, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf. Acesso em: 27 abr. 2019.

ARRUDA, Guilherme Tavares *et al.* Existe relação da via de parto com a amamentação na primeira hora de vida? **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-7, abr./jun. 2018. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7321/pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

ASEMAHAGN, Mulusew Andualem. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in azezo district, northwest Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 11, n. 22, ago. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971749/. Acesso em: 8 mar. 2019.

ASFAW, M. M.; ARGAW, M. D.; KEFENE, Z. K. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. **International Breastfeeding Journal**, Londres, v. 10, n. 23, p. 2-9, 2015. Disponível em: https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-015-0049-2. Acesso em: 28 mar. 2019.

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes *et al.* Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Rev Paul Pediatr,** São Paulo, v. 35, n. 3, p. 265-72, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n3/0103-0582-rpp-2017-35-3-00004.pdf. Acesso em: 27 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** 3. ed. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf. Acesso em: 21 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde.** 1. ed. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019A.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de humanização do parto no pré-natal e nascimento.* Brasília DF: MS, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf. Acesso em: 22 mai. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** 2. ed. Brasília, DF: MS, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019B.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Semana Mundial do Aleitamento Materno.** 2017. Disponível em: http://www.ibfan-alc.org/SMLM/SMLM2017/SMAM-2017-folder-port.pdf. Acesso em: 02 mar. 2019.

COUTINHO, S. E.; KAISER, D. E. Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: relato de experiência. **Boletim Científico de Pediatria,** v. 4, n. 1, p. 10-6. 2015. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/150915221145bcped_v4_n1_a4.pdf. Acesso em: 08 mar. 2019.

FROTA, Mirna Albuquerque *et al.* Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. **Acta Scientiarum,** Maringá, v. 38, n. 1, p. 33-8, jan./jun. 2016. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/28514/pdf. Acesso em: 8 mar. 2019.

OLIVEIRA, Amanda Cordeiro *et al.* Aleitamento materno exclusivo: causas da interrupção na percepção de mães adolescentes. **Rev. enferm. UFPE on line***,* Recife, v. 10, n. 4, p. 1256-63, abr. 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11111/12583. Acesso em: 12 mar. 2019.

OLIVEIRA, Carolina Sampaio *et al.* Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev Gaúcha Enferm***.,* Porto Alegre, RS, v. 36, p. 16-23. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0016.pdf. Acesso em: 12 mar. 2019.

SANTANA, F. A.; Lahm, J. V.; SANTOS, R. P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba,** São Paulo, v. 17, n. 3, p. 123-27, 2015. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21337/pdf. Acesso em: 22 mar. 2019.

SANTOS, Rayra Pereira Buriti *et al*. Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: percepção das puérperas. **Rev enferm UFPE on line.***,* Recife, v. 11, supl. 9, p. 3516-22, set. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234481/27672. Acesso em: 13 mar. 2019.

SEHNEM, G. D.; TAMARA, L. de B.; LIPINSKI, J. M.; TIER, C. G. Vivências da amamentação por mães adolescentes: experiências positivas, ambivalências e dificuldades. **Rev Enferm UFSM,** Santa Maria, RS, v. 6, n. 4, p. 578-88, out./dez. 2016.

Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23707. Acesso em: 16 mar. 2019.

SILVA, Laura Lucinda Bezerra *et al.* Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral". **Rev Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, RS, v. 37, n. 3, p. 1-9, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160359248.pdf. Acesso em: 28 mar 2019.

VIEIRA, Graciete O. *et al.* Trends in breastfeeding indicators in a city of northeastern Brazil. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 270-77, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n3/pt_0021-7557-jped-91-03-00270.pdf. Acesso em: 8 mar. 2019.

PRÁTICAS ALIMENTARES DE CRIANÇAS PREMATURAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

Maria Eloisa Collognese[1]
Ingre Paz[2]
Anelise Miritz Borges[3]
Amelia Natalia Marques Cerentini[4]

INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida constitui um dos períodos de maior crescimento ao longo da vida da criança e uma introdução alimentar inadequada, neste período, pode repercutir de forma prejudicial no seu desenvolvimento. No Brasil tem-se observado uma rápida mudança nos padrões alimentares infantis, estimativas indicam que 47 a 65% das crianças consomem uma dieta intermediária ou de baixa qualidade frente ao consumo de nutrientes, o que eleva a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e a mortalidade precoce, principalmente em crianças prematuras (WHO, 2012).

Mesmo diante de evidências científicas, que retratam sobre os benefícios do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida, assim como do Aleitamento Materno (AM) por dois anos ou mais e da alimentação complementar saudável introduzida em tempo adequado, os números de AM, no Brasil, continuam inferiores ao desejado, mesmo no grupo de crianças prematuras (SILVEIRA, 2014).

Logo, tem-se como prematuro todo o nascido vivo antes das 37 semanas completas de gestação. No Brasil, foram 331,486 (11,12%) crianças nascidas com Idade Gestacional (IG) entre 22 a 36 semanas no ano de 2014, de um total de 2.979,259 crianças (SOARES; SILVA, 2017).

Para a criança prematura, o AME torna-se a melhor indicação no que diz respeito à alimentação. As vantagens dessa prática são amplamente definidas, dentre elas destacam-se: melhor desempenho neurológico cognitivo, proteção imunológica, maturação gastrintestinal, redução do tempo de hospitalização, além da formação do vínculo mãe-filho (CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA 2013).

---

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

4 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

O sucesso de uma amamentação prolongada depende de orientações e incentivo adequado às mães desde o período da gestacional, a fim de estimular a compreensão quanto à importância desse processo tão complexo e completo à criança. O parto, muitas vezes, traz consigo inúmeros sentimentos e expectativas, além de alterar os hábitos e a dinâmica familiar. Para as crianças prematuras, que permanecem na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), é ainda mais desafiador e importante promover o AME (SOUZA *et al.,* 2016).

Para Silva, Portela e Arruda (2014), inúmeras crianças prematuras apresentam algum sinal indicativo de problema durante a mamada. Os mais frequentes estão relacionados com a pega, sucção, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, padrão de sucção, postura da mãe e do bebê. Estes fatores prejudiciais durante o processo de amamentação podem ser reflexo do baixo peso da criança prematura e do tempo prolongado de internação.

É essencial que a equipe de enfermagem consiga identificar as dificuldades com o AM dessa criança prematura ainda durante a internação hospitalar, viabilizando a continuidade da assistência, após a alta hospitalar, visto que este é o período em que essa díade encontra maior dificuldade de adaptação e necessita de apoio para a manutenção da lactação e do AM (SILVA; PORTELA; ARRUDA, 2014)

O primeiro mês, após a alta da UTIN, é o período crítico da adaptação, sendo denominado de período de transição hospital-casa. Neste momento, a criança prematura, a mãe e a família necessitam de suporte contínuo da equipe de saúde para fortalecê-los no enfrentamento da nova situação de vida. Este acompanhamento do cuidado integral deve ser organizado no decorrer da hospitalização da criança, assim um ambulatório de risco torna-se essencial no processo, sendo movido por uma equipe multiprofissional responsável pela busca ativa, e/ou visitas domiciliares (MELO *et al.,* 2013).

Conscientes dessas dificuldades de manutenção da assistência integral aos prematuros, principalmente no período de pós-alta hospitalar e sabendo da importância do AM às crianças e de sua continuidade até o seu primeiro ano de vida, busca-se com o presente estudo analisar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida, acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul (RS). Como questão norteadora tem-se: Quais as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida, acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul, RS?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido no Ambulatório de Risco do Centro Materno Infantil (CEMAI), em Santa

Cruz do Sul, com caráter de plantão de urgência e atenção básica, 24 horas todos os dias da semana. Este centro realiza atendimentos na área de gineco-obstetrícia e pediatria, com acompanhamento de crianças prematuras de alto risco, encaminhadas após a alta hospitalar da UTIN.

No período da coleta de dados, a instituição mantinha 123 crianças acompanhadas, contudo diante dos critérios da pesquisa totalizou-se uma amostra de 63 crianças prematuras com um ano de vida. Como critérios de inclusão: terem nascido prematuras, com idade de um ano completo durante o período de coleta e que estivessem sendo acompanhadas no ambulatório de risco. Foram excluídas crianças que não compareceram na consulta durante o período de coleta de dados.

A coleta ocorreu no período de 15 de agosto a 15 de outubro de 2017, sendo realizada junto com a consulta médica agendada bimestralmente. Foi aplicado um formulário fechado, que continha informações sobre os dados maternos e da criança, condições socioeconômicas e as práticas alimentares das crianças prematuras no primeiro ano de vida. Para a análise utilizou-se o programa *Microsoft® Office Excel,* no qual os dados foram compilados em banco de dados, utilizando-se o Software Microsoft Excel 2016, sendo analisados por meio de estatísticas descritivas, em frequência absoluta e relativa. Posteriormente, os dados foram agrupados e dispostos em tabelas, de forma que traduzissem, de maneira clara, os achados do estudo.

O estudo seguiu os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, através do Parecer Consubstanciado nº 2.273.628, CAAE: 71239417.7.0000.5343 e utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram analisados os dados referentes a 63 crianças, em que o perfil da criança prematura (Tabela 1) revelou que a maioria nasceu com baixo peso 43 (68,2%), idade gestacional ao nascer indicou prematuridade moderada a tardio, ou seja, entre 32 a 36 semanas de gestação. Quanto ao sexo, a maioria era feminino 33 (52,4%), cuja causa da internação hospitalar de maior prevalência foi a prematuridade para 100% da amostra.

Quanto ao tempo de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), 16 (25,4%) crianças permaneceram entre 10 a 20 dias, com Idade Gestacional Corrigida (ICG) menor ou igual a um ano, para 55 (87,3%) e apgar no primeiro minuto menor ou igual a sete, para 39 (61,9%) crianças.

Tabela 1 – Perfil das crianças prematuras. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017. (N: 63)

Variável		n	%
Peso ao nascer	Baixo peso (1,501 a 2,500 gramas)	43	68,2
	Muito Baixo peso (1,001 a 1,500 gramas)	10	15,9
	Extremo Baixo peso (< 1,000 gramas)	5	7,9
	Peso normal (2,500 a 3,999 gramas)	5	7,9
Idade gestacional ao nascer	Prematuro moderado a tardio (32 a 36 semanas de gestação)	57	90,5
	Prematuro extremo (≤ 28 semanas de gestação)	6	8,5
Sexo	Feminino	33	52,4
	Masculino	30	47,6
Motivo internação	Prematuridade	63	100
Tempo de internação	Entre dez a 20 dias	28	44,6
	≥ 40 dias	14	22,2
	Entre 20 a 30 dias	13	20,6
	≤ dez dias	8	12,7
Idade corrigida	≤ 1 ano	55	87,3
	> 1 ano	8	12,7
Apgar: 1º minuto	≤ 7	39	61,9
5º minuto	> 7	36	57,1

Fonte: Elaborado pelas autoras.

No perfil materno e socioeconômico (Tabela 2), predominou a idade materna entre 20 a 40 anos para 51 (81%) mães, em relação aos partos anteriores 41 (65,1) tiveram prematuridade. Dentre as gestações, 34 (54%) eram multíparas, sendo 35 (55,5%) com a gravidez planejada, com dois filhos vivos 37 (58,7%) e acompanhamento pré-natal na última gestação por 50 (79,3%) das mulheres.

Em relação à escolaridade e/ou instrução materna, 15 (23,8%) das mãe possuíam 1º grau incompleto, a maioria não possuía ocupação profissional 36 (57,1%) nem recebia algum tipo de benefício 44 (69,8%). Além disso, no que se refere à renda familiar mensal, 28 (44,5%) declararam entre 900,00 a 1.500,00 reais.

Quanto à moradia, 45 (71,4%) participantes residiam em Santa Cruz do Sul, na área urbana 52 (82,5%), possuíam casa própria 38 (60,3%), com quatro pessoas 26 (41,3%) em cada residência.

Tabela 2 – Perfil materno e socioeconômico. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017. (N: 63)

Variável		N	%
Idade materna	20 a 40 anos	51	81
	< 20 anos	12	19
Parto prematuro anterior	Sim	41	65,1
	Não	22	34,9
Gestação	Multíparas	34	54
	Primigesta	22	34,9
	Multigesta	7	11,1
Gravidez Planejada	Sim	35	55,5
	Não	28	44,6
Número de filhos vivos	Dois filhos	37	58,7
	Um filho	21	33,3
	Três filhos	5	7,9
Pré-natal na última gestação	Sim	50	79,3
	Não	13	20,6
Escolaridade materna	1º grau incompleto	15	23,8
	1º grau completo	14	22,2
	2º grau completo	13	20,6
	2º grau incompleto	11	17,4
	3º grau completo	10	14,3
Trabalha	Não	37	58,7
	Sim	26	42,8
Renda Familiar Mensal	Entre R$ 900 e R$ 1,500	28	44,5
	Entre R$ 600 a R$ 900	19	30,1
	> R$ 1,500	16	25,4
Recebe algum tipo de bene-	Não	44	69,8
fício	Sim	19	30,2
Cidade	Santa Cruz do Sul	45	71,4
	Outras cidades	18	28,6
Área	Urbana	52	82,5
	Rural	11	17,5
Casa própria	Sim	38	60,3
	Não	25	39,7
Número de moradores na re-	Quatro pessoas	26	41,3
sidência	Três pessoas	23	36,5
	> quatro pessoas	12	19
	Dois moradores	2	3,2

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Dentre o total de crianças prematuras acompanhadas, observou-se que na alta hospitalar, 28 (44,4%) apresentaram AME e todas mantiveram esta prática após a alta hospitalar. Aos três meses de vida, observou-se que 23 (36,5%) recebiam Aleitamento Materno Complementado (AMC).

Aos seis meses de vida 34 (54%) e aos nove meses 50 (79,4%) recebiam

qualquer tipo de leite, papas, mingaus, sucos e raspas de frutas. No primeiro ano de vida, notou-se que 53 (84,1%) obtinham algum tipo de leite e refeições iguais às da família.

Tabela 3 – Prevalência dos tipos de alimentação de crianças prematuras de até um ano de vida acompanhados no ambulatório de risco. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017. (N: 63)

Variável	Alta		Após alta hospitalar		3 Meses		6 Meses		9 Meses		Primeiro ano	
	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Aleitamento Materno Exclusivo	28	44,4	28	44,4	19	30,1	9	14,3	-	-	-	-
Aleitamento Materno Predominante	4	6,3	5	7,9	7	11,1	-	-	-	-	-	-
Aleitamento Materno Misto	5	7,9	1	1,6	1	1,6	1	1,6	-	-	-	-
Aleitamento Materno Complementado	22	34,9	19	30,1	23	36,5	5	7,9	2	3,2	-	-
Aleitamento Artificial	4	6,3	10	15,9	13	20,6	14	22,2	5	7,9	-	-
Qualquer tipo de leite, papas, mingau, sucos e raspas de frutas	-	-	-	-	-	-	34	54	50	79,4	10	15,9
Qualquer tipo de leite e refeições iguais às da família	-	-	-	-	-	-	-	-	6	9,5	53	84,1
Não ofereceu qualquer tipo de leite, refeições iguais às da família	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

As taxas de nascimentos prematuros no Brasil ainda são preocupantes, pois a prevalência vem aumentando, deixando o país entre os 10 países com os maiores números de partos prematuros. O Ministério da Saúde reconhece a prematuridade como um dos mais importantes problemas de saúde pública, sendo apontada como a principal causa de mortes infantis no país (VICTÓRA *et al.,* 2016).

Pode-se verificar, na pesquisa, que prevaleceram as crianças com baixo peso ao nascer. O peso do Recém-nascido Pré-termo (RNPT) pode ser avaliado como um importante indicador de saúde pública, estando também diretamente relacionado com a qualidade de vida de toda população infantil.

Em um estudo realizado por Oliveira *et al.* (2016), sobre os fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade, o baixo peso ao nascer apontou uma forte relação com os nascimentos de crianças prematuras. Pode-se observar que o peso ao nascer foi menor que 2.500 kilogramas, o que retrata quatro vezes mais chances de estar associado ao nascimento prematuro, com riscos relacionados à morbimortalidade neonatal.

Quanto à idade gestacional ao nascer, ficou evidenciado o maior número de nascimentos prematuros moderados a tardio, período em que a criança ainda está em situação de vulnerabilidade, pois em sua maioria, encontram-se internadas em UTIN, permanecendo expostas a diversos procedimentos e manuseios. Baseggio *et al.* (2017), salienta que as crianças prematuras nascidas entre 32 e 35 semanas de gestação, são consideradas crianças de risco, já as menores de 32 semanas são consideradas de alto risco.

Alguns estudos associam o risco de um baixo peso ao nascer, ao desenvolvimento cognitivo das crianças com idade gestacional inferior a 32 semanas, pelo fato do último trimestre de gestação ofertar uma série de estímulos sensoriais, formando efeitos benéficos ao desenvolvimento fetal (SOARES; SILVA, 2017).

Identificamos, por meio da amostra do estudo, que o sexo prevalente foi o feminino. Em uma pesquisa realizada por Tuon *et al.* (2016), a associação entre o baixo peso ao nascer e o sexo feminino, apresentou uma proporção de 1,3 vezes maior para sexo feminino quando comparadas ao sexo masculino.

Quanto ao motivo da internação hospitalar no momento do nascimento, a prematuridade destacou-se como a causa predominante. O Brasil está entre os 10 países com maiores índices de nascimentos prematuros, e a cada 117 partos, um deles é prematuro, sustentando o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% segundo dados das Nações Unidas (BASEGGIO *et al.,* 2017).

Quanto à idade corrigida das crianças do estudo, prevaleceram crianças maiores ou igual há um ano de vida, mantendo-se dentro do esperado, pois o acompanhamento ambulatorial deve ser até a criança completar dois anos de idade, o que corrobora com os estudos de Melo *et al.* (2013), sobre a possibilidade maior do desenvolvimento motor adequado para idade corrigida.

Em relação ao índice de Apgar da população do estudo, no 1º minuto de vida a pontuação foi menor ou igual a sete, já no 5º minuto de vida foi maior de sete. O predomínio de baixos índices de Apgar é expressivo fator de risco à morbimortalidade

entre RNPT, o que condiz com à imaturidade fisiológica, com a diminuição da irritabilidade reflexa e a incapacidade para responder de forma autônoma, às funções cardiovasculares e respiratórias (OLIVEIRA *et al.,* 2016).

Em relação à idade materna, observou-se uma expressividade entre 20 a 40 anos. Segundo Oliveira *et al.* (2016), a idade materna atua na influência da ocorrência de Trabalho de Parto Prematuro (TPP), mulheres adolescentes (menores de 17 anos) e com idade avançada (maiores de 35 anos) possuem relação com TPP, o que demanda cuidado acentuado durante o pré-natal. Nesses casos, percebeu-se que a idade materna não favoreceu à ocorrência da prematuridade.

Na pesquisa, nota-se uma ascendência para partos prematuros anteriores. Para Tuon *et al.* (2016), em um estudo tipo transversal, foram monitorados um total de 2.739 gestantes, durante os anos de 2010 a 2012, tendo 13,5% das participantes com parto prematuro anterior, o que configura um dos principais riscos para um novo evento de prematuridade. Dentre as gestações, podemos perceber uma prevalência para multíparas, com gestação planejada e destaque à prevalência de dois filhos. Autores relatam a associação do TPP com multiparidade, pois comprovam proximidade com a relevância estatística (TUON *et al.,* 2016).

A maioria das entrevistadas realizava acompanhamento pré-natal, o que corrobora com o propósito do acompanhamento, que é de proporcionar um melhor desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de uma criança saudável, sem interferir na saúde materna, estimulando práticas educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Quanto à escolaridade e/ou instrução materna, o predomínio foi de mães que possuíam 1º grau incompleto. Os fatores maternos e neonatais, relacionados à prematuridade, apontam que mulheres com baixa escolaridade apresentaram associação com a prematuridade, tendo duas vezes mais possibilidade de ter TPP. Considera-se também a escolaridade como uma variável determinada pelas condições socioeconômicas, associada a inapropriadas condições de vida (OLIVEIRA *et al.,* 2016).

Como podemos verificar na pesquisa, a ocupação materna não remunerada foi o que prevaleceu. Estudos feitos por Guimarães *et al.* (2017), apontam a relação do baixo nível socioeconômico como um fator de risco para evento de prematuridade, o que pode ser relacionado também a outros fatores, tais como, nutrição deficiente, trabalho excessivo, maior estresse físico e psicológico, assistência em saúde inadequada na gestação, entre outros.

Identificou-se o AME como a prática da amamentação predominante no momento da alta hospitalar, seguido de AMC. São raras as situações em que o AM não é indicado para bebês prematuros, devendo ser substituído pelo aleitamento artificial. São exemplos desses casos, as infecções maternas com agentes de

alta patogenicidade ou que exijam o uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (SOARES; SILVA, 2017).

Aos bebês prematuros, o AM pode trazer muitas vantagens, pois as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano favorecem a maturação gastrintestinal, o fortalecimento do vínculo mãe-filho, aumento no desempenho neuropsicomotor, proteção antioxidante, menor incidência de infecções, menor tempo de hospitalização e menor incidência de reinternações. Inúmeros fatores estão associados a prematuridade, como características maternas, obstétricas e fetais (SOARES; SILVA, 2017).

Adicionalmente, para Martins *et al.* (2013), a alimentação apropriada às crianças é fundamental para o seu crescimento e desenvolvimento, além disso, é um direito humano fundamental, que representa a base à própria vida. Assim, a preconização do AME, bem como a introdução gradual e lenta da alimentação complementar são fundamentais e requerem orientação aos pais, a fim de garanti-las no período correto.

O Leite Materno (LM) é considerado o principal alimento para o bebê, fonte de nutrição, crescimento e proteção, além de promover vínculo, devido ao seu peculiar conteúdo nutricional que inclui proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas, ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, probióticos, agentes imunológicos e hormônios do crescimento. Logo, sua constituição mostra-se significativamente superior às fórmulas infantis e é capaz de diminuir as taxas de mortalidade neonatal e melhorar as condições de saúde, as quais se estendem à vida adulta (CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA, 2013).

Independentemente das vantagens oferecidas pelo LM, a amamentação da criança prematura ainda é um desafio em vários aspectos, pois o parto inesperado e fora do tempo traz consigo inúmeros sentimentos e expectativas, além de alterar os hábitos e dinâmicas familiares. Em decorrência de sua imaturidade fisiológica, as barreiras para amamentação da criança prematura são muitas, provindas das dificuldades relacionadas à sua condição clínica. Embora o início do AM possa ser incentivado durante a hospitalização, muitos prematuros são desmamados precocemente (CALADO; SOUZA, 2012).

Após a alta hospitalar, por possuírem cuidados peculiares, as crianças devem seguir um acompanhamento de sua saúde, para que se mantenham os cuidados necessários. Este seguimento do cuidado deve ser organizado durante a hospitalização do prematuro, e um ambulatório de risco torna-se essencial nesse processo (MELO *et al.,*2013).

No período após a alta hospitalar, observou-se que os tipos de alimentação das crianças prematuras acompanhadas no ambulatório de risco, obedeciam ao indicado à alta hospitalar, sendo mais frequente AME seguido pelo AMC. Por outro lado, a utilização de fórmulas supõe, de certa forma, a predisposição materna ao desmame

precoce, já que a utilização desse tipo de alimentação após a alta hospitalar, faz com que as mães se sintam mais confortáveis para o desmame, fato que as leva a deixar de oferecer ao filho o seu próprio leite e, por conseguinte todas as propriedades benéficas do LM (MEIER *et al.,* 2013)

Em um estudo semelhante a este, realizado por Martins *et al.* (2013), com crianças de baixo peso ao nascer, predominou o uso de Aleitamento Materno Misto (AMM) seguido de Aleitamento Artificial (AA) na alta hospitalar, sendo observado que mães de crianças com baixo peso ao nascer, não cumpriram o indicado pelo Ministério da Saúde após a alta hospitalar.

No terceiro mês de vida identificou-se predomínio em AMC, seguido de AME, o que denota um declive na adesão ao AME. O desconhecimento das características peculiares do leite humano, como a insegurança de produzir leite insuficiente à criança, pode acarretar a introdução antecipada de outros alimentos. Dessa forma, a atenção voltada à promoção e ao estabelecimento do AM deve estender-se para além do período de hospitalização e do pós-alta imediato, voltando-se para o acompanhamento dessas crianças para além dos seis meses de vida. Após este período, deve-se introduzir alimentos complementares na dieta da criança, o que exige um grande esforço do cuidador, pois inicia-se um novo ciclo, onde são apresentados novas texturas, sabores e aromas para essa criança (SOARES; SILVA, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomenda a complementação precoce, pois pode reduzir a duração do AM, estimular o desmame precoce e dificultar a absorção de nutrientes importantes existentes no LM, como ferro e zinco (MARTINS *et al.,* 2013).

Conforme dados da pesquisa, aos seis meses acentuou o uso de AA e inclusão de papas, mingau, sucos e raspas de frutas. A alimentação complementar é fundamental para promover o crescimento e desenvolvimento adequado da criança, porém deve-se manter acompanhamento adequado, principalmente nas crianças prematuras (SBP, 2012). Ainda para Sociedade Brasileira de Pediatria, com o início desta idade, a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento fisiológico e neurológico e com isso, o reflexo de protrusão da língua, o que facilita a ingestão de alimentos. As enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes, razão que habilita as crianças a receberem outros alimentos além do AME.

Ao nono mês de vida houve predomínio de qualquer tipo de leite, papas, mingau, sucos e frutas raspadas, seguido de refeições iguais às da família. Para Brasil (2013), a inserção de alimentos preparados à família, pode iniciar a partir do oitavo mês de vida, contanto que não possuam condimentos ou quantidade elevada de sal.

Ao primeiro ano de vida, as crianças já tomavam qualquer tipo de leite e se alimentavam com refeições iguais às da família. Conforme a cartilha dos dez passos para uma alimentação saudável do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a criança

ao completar 12 meses de vida, deve receber refeições preparadas à família e esta deve ser introduzida de forma gradual e lenta, respeitando a aceitação da criança, procurando sempre variar os alimentos, para que contemplem os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, evitando a monotonia alimentar.

Conforme a OMS, no primeiro ano de vida, preconiza-se o AMC, no presente estudo demonstrou um alto índice desse tipo de alimentação em crianças prematuras até o terceiro mês de vida. Uma prática alimentar adequada para o bebê prematuro corresponde a suprir as necessidades nutricionais, sem exceder a capacidade fisiológica do organismo das crianças (MARTINS, 2013).

CONCLUSÃO

É cada vez mais evidente a importância dos benefícios imensuráveis do LM no âmbito biológico e psicossocial tanto à criança, quanto à mãe. Observou-se que as práticas alimentares oferecidas às crianças prematuras desde a alta hospitalar, estavam condizentes com o preconizado pela OMS até o terceiro mês de vida, apresentando uma diminuição do AM ao sexto mês.

Infelizmente são poucos os estudos que contemplam a temática da prematuridade e AM. Seus benefícios com relação às propriedades imunológicas e nutritivas estão descritos na literatura vigente. Entretanto, cabe aos profissionais de saúde realizarem ações durante a internação das crianças prematuras na UTIN, bem como incentivar a mãe e a família a manter a adesão no acompanhamento em ambulatórios de risco, no sentido de manter a lactação e a manutenção do AM.

Desse modo, estudos dessa natureza são fundamentais para identificação de lacunas existentes no processo de práticas alimentares, sendo possível conhecer quais os fatores que favoreçam a prática da amamentação. Assim como conhecer aqueles que interferem nesse processo, o que é imprescindível para o planejamento de ações voltadas a tal clientela.

REFERÊNCIAS

BASEGGIO, Denice Bortolin *et al.* Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. **Temas psicol.,** Ribeirão Preto , v. 25, n. 1, p. 153-167, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2019. http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://

bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf. Acesso em: 26 mar. 2019.

CALADO; D.F.B.; SOUZA R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. **Revista CEFAC [internet]**, 1(14): 176-181, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100021. Acesso em: 26 mar. 2019.

CORVAGLIA, L.; MARTINI, S.; FALDELLA, G. Breastfeeding the preterm infant. **J Ped Neonatal Individualized Med [internet]**, 2(2), 2013. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-the-preterm-infant. Acesso em: 29 mar. 2019.

GUIMARAES, Eliete Albano de Azevedo *et al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Epidemiol. **Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 91-98, mar. 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Apr. 2019. http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: The global action report on preterm birth. WHO. Geneva: World Health Organization; 2012.

MARTINS, E. L.; PADOIN, S. M. M.; RODRIGUES, À. P.; ZUGE, S. S, PAULA, C. C, TROJAHN, T. C. Alimentação de crianças que nasceram com baixo peso no primeiro ano de vida. **Cienc Cuid Saude [Internet].** 2013. Disponível em: http://www. periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/ article/viewFile/19527/pdf. Acesso em: 27 mar. 2019.

MEIER, P. P.; PATEL, À. L.; BIGGER, H. R.; ROSSMAN, B; ENGSTROM, J. L.; Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. **Pediatr Clin North Am [internet],** 60(1):209-26, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23178066. Acesso em: 22 mar. 2019.

MELO, À. M. C.; KASSAR, S. B.; LIRA, P.; COUTINHO, S. B.; EICKMANN, S. H.; LIMA, M. C. Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. **J Pediat [internet].** 89(1): 75-82, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100012. Acesso em: 27 mar. 2019.

OLIVEIRA, Laura Leismann de *et al.* Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Rev. esc. enferm**. **USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 382-389, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300382&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002.

SILVA, M. À. M; PORTELA, É. M. M.; ARRUDA, L. P. Aleitamento materno de recém-nascidos hospitalizados: grupo de apoio desenvolvido junto às puérperas adolescentes. **Adolescência e Saúde.** 11(1): 44-51, 2014. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=435. Acesso em: 15 Apr. 2019.

SILVEIRA, M. G. G. **Como alimentar seu filho de forma saudável.** 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

SOARES, À. C. C; SILVA, K.; ZUANETTI, P. A. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. **Audiol Commun Res [internet]**. 22(9):1-7,

2017. Disponível em: http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-pesquisa-1.pdf. Acesso em: 15 Apr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3. ed. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf. Acesso em: 11 Apr. 2019.

SOUZA, S. A.; ARAÚJO, R.T de; TEIXEIRA, J. R. B; MOTA, TN. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Rev enferm UFPE [internet],** 10(10): 3806-3813, 2016. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah. xis&src=google base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=30110&indexSearch=ID. Acesso em: 11 Apr. 2019.

TUON, R.À.; AMBROSANO, G.M.B.; SILVA, S.M.C.V.; PEREIRA, À.C. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. **Cad de Saúde Pública [internet],** 32(7): 32-37, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00107014.pdf. Acesso em: 08 Apr. 2019.

VICTORA, César G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil. **Lancet,**[internet], v. 2, n. 1, p. 32-46, 2016. Disponívelem: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf. Acesso em: 08 abr. 2019.

A ARTE TEATRAL COMO ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO PARA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Adriane dos Santos Nunes Anacker[1]
Leila Patrícia de Moura[2]
Naiele da Costa Fagundes[3]
Luana de Fátima Padão Lozado[4]

INTRODUÇÃO

O Grupo de Teatro: Ensino e Educação em Saúde na Comunidade foi um Projeto de Extensão vinculado ao Núcleo de Ação Comunitária, da Universidade de Santa Cruz do Sul, localizada na cidade de Santa Cruz do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, e tinha como objetivo principal promover educação em saúde para a comunidade através da arte teatral. Composto por acadêmicos e coordenado por professores do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, o Grupo de Teatro percorreu sete anos de caminhada (2009-2016), e no decorrer de sua trajetória desenvolveu nove peças teatrais com temáticas relevantes na área da saúde como por exemplo: hipertensão arterial, diabetes mellitus, estresse e qualidade de vida, gravidez na adolescência, câncer de mama, trabalho em equipe na enfermagem, segurança do paciente, *bullying* escolar e doação de órgãos. Todas as peças teatrais foram escritas e elaboradas pelos próprios acadêmicos, integrantes do Grupo de Teatro, com base em leituras científicas e experiências vividas por eles durante a trajetória curricular.

As peças teatrais foram apresentadas em diversos eventos realizados em comunidades, hospitais, universidades, escolas, empresas, entre outros, proporcionando conhecimento, conscientização e sensibilização para milhares de pessoas. O Grupo de Teatro participou, também, de eventos científicos na área da enfermagem divulgando o trabalho desenvolvido através de apresentações orais e pôster. Dentre os eventos, destaca-se a participação em Congressos de Enfermagem, como o 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em Florianópolis – SC, no ano de 2010, onde o Grupo de Teatro conquistou o prêmio de honra ao mérito devido a relevância do projeto, bem como suas características inovadoras para a educação em saúde. O Grupo de Teatro também participou dos eventos da Iniciação

1 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

4 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

Científica dos Cursos da Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul, o que resultou na escrita de capítulos em livros publicados pela Extensão Universitária da própria universidade.

Dentre as peças teatrais elaboradas pelo Grupo de Teatro, destaca-se a peça teatral "Doe Vidas", que trabalhou a temática "doação de órgãos" com o intuito de orientar, sensibilizar e esclarecer a comunidade sobre o assunto. A peça teatral foi escrita a partir do conhecimento que os integrantes do Grupo buscaram sobre o tema na literatura existente e enriquecida com as discussões realizadas entre os integrantes e os profissionais da Comissão Interna de Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOT), da cidade de Santa Cruz do Sul, com o objetivo de conhecer aspectos do processo de doação de órgãos e como era realizada a abordagem com as famílias, obtendo assim, informações importantes para auxiliar na composição do roteiro da peça teatral e torná-la ainda mais próxima das pessoas que iriam assistir.

A doação de órgãos é um tema recorrente em estudos científicos, novelas, filmes e reportagens, e vem sendo cada vez mais discutido na mídia. Porém, por englobar diversos aspectos ainda necessita de orientação, sensibilização, educação e esclarecimentos à população. A doação de órgãos é vista pela sociedade, em sua maioria, como um ato de solidariedade e amor, mas, a prática de doar os órgãos exige uma tomada de decisão importante num momento de extrema dor e angustia, impactadas pela notícia da morte de um familiar, o que pode dificultar o processo decisório (MORAIS; MORAIS, 2012).

Sabe-se que a dificuldade e o tempo de espera para se receber um órgão escancaram a lacuna que há entre o número de doadores e o número de pessoas que necessitam de doação. Este hiato se deve a fatores como a falta de esclarecimento sobre o que realmente é a doação de órgãos, seguido das crenças que são herdadas de geração para geração, noticiários sensacionalistas sobre tráfico de órgãos, ausência de programas permanentes voltados para a conscientização da população e incentivo à captação de órgãos contribuem para alimentar dúvidas e arraigar mitos e preconceitos (MORAIS; MORAIS, 2012). Portanto, acredita-se que realizar atividades que promovam orientação, conhecimento e sensibilização sobre a doação de órgãos pode ser uma forma de melhorar ainda mais este cenário na saúde.

A doação de órgãos no Brasil é regulamentada pela Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Contudo, apesar da legislação pertinente, o que se identifica no país é uma elevada demanda de pessoas à espera de um doador de órgãos compatível (REZENDE *et al.,* 2015; BRASIL, 1997). De acordo com as informações da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO, 2015), apesar do número de doadores de órgãos ter aumentado no decorrer dos anos, o índice ainda é inferior à meta proposta pela ABTO, que prevê mais de 20 milhões de pessoas doadoras no país. Anualmente, no Brasil, 60 pessoas a cada um milhão que morrem apresentam um quadro de morte encefálica (ME), e destes, aproximadamente 50% poderiam ser

doadoras de órgãos. Sendo assim, o cenário atual nos mostra que "a chance de que alguém seja doador de órgãos é quatro vezes menor do que a chance de quem venha a precisar de um transplante" (ABTO, 2015, p. 9).

Um dos fatores que mais gera angústias e dúvidas nas pessoas em relação à doação de órgãos é compreender o que realmente significa morte encefálica. Segundo Castro *et al.,* 2018, a morte encefálica (ME) é conceituada como a parada total e irreversível das funções encefálicas, de causa conhecida e constatada de modo indiscutível. A morte encefálica gera modificações na fisiologia do organismo e esse fato ocorre devido a alterações no centro vasomotor pela insuficiência de hormônios devido à falência do hipotálamo e a diminuição de catecolaminas o que causa vasodilatação e diminuição da resistência vascular periférica (CASTRO *et al.,* 2018).

O desconhecimento e/ou não aceitação da morte encefálica é compreensível, uma vez que, classicamente, a morte é definida como a cessação irreversível das funções cardíacas e respiratórias, o que gera resistência. Portanto, os esclarecimentos sobre o significado de morte encefálica e o processo que envolve a doação de órgãos para sociedade e, também, para os profissionais da saúde torna-se algo muito importante (REZENDE *et al.,* 2015; GUETTI; MARQUES, 2008). Destaca-se neste processo de reflexão sobre o tema, a realização de atividades educativas, que possuem papel fundamental na busca de esclarecimentos sobre as dúvidas que circundam os aspectos relacionados à doação de órgãos e transplantes. A realização de atividades educativas com a população é uma oportunidade de troca de experiências das pessoas entre si e com os profissionais de saúde, possibilitando-lhes o acesso a informações e às trocas de vivências pessoais.

Foi considerando a importância desse tema que o Grupo de Teatro decidiu trabalhar a temática "doação de órgãos" através da dramatização do teatro, como uma forma de levar esclarecimentos e reflexões à população sobre o assunto. Acredita-se que a partir do teatro, uma história e seu contexto se fazem reais e verídicos, através da montagem de um cenário e a representação de atores em um palco para os seus espectadores, tornando-se, dessa forma, um importante meio para sensibilizar as pessoas sobre um determinado tema ou para levá-las, através de um impacto emocional, a refletir sobre uma determinada situação (COELHO, 2014).

Portanto, este artigo tem como objetivo divulgar a percepção dos integrantes do Grupo de Teatro sobre a importância de ter trabalhado a temática "Doação de Órgãos" através do teatro para a comunidade, suas experiências com a realização da peça teatral e as reflexões realizadas pelos mesmos com as apresentações.

MÉTODOLOGIA

Este artigo define-se metodologicamente como um relato de experiência, de cunho descritivo. A escolha pela pesquisa descritiva deve-se ao fato de que ela permite observar, registrar, analisar os fatos, procurando desvelar aspectos de situações vivenciadas. (BERVIAN; CERVO; SILVA, 2002). Além disso, Santos e Candeloro (2006) destacam que a pesquisa descritiva deve acontecer a partir de uma busca de características, fenômenos ou problemas na forma de levantamentos ou observações sistemáticas, possibilitando a descrição dos acontecimentos de determinada realidade. Assim, acredita-se que este tipo de metodologia adequa-se a descrição do trabalho desenvolvido pelo Grupo de Teatro, que realiza atividades educativas, de orientação e sensibilização para a comunidade, considerando suas necessidades e realidades.

A peça teatral, intitulada “Doe Vidas”, foi apresentada para a comunidade em cinco eventos realizados em hospitais, universidades e empresas da cidade de Santa Cruz do Sul. A peça teatral abordou a temática sobre a doação de órgãos a partir de um acidente que ocorreu com a filha mais velha do casal que compõe a família protagonista da peça. Ao receber a notícia do acidente, a família se dirige ao hospital, onde ocorre a maior parte das cenas da peça. No hospital a família recebe a notícia da gravidade do acidente ocorrido com a filha e suas condições de saúde. Após, realizado os testes necessários, a menina é diagnosticada com morte encefálica e a equipe do hospital inicia o processo para abordagem da família em relação à doação de órgãos. Neste momento, em cena, a família é orientada quanto ao processo, os aspetos envolvidos com a morte encefálica e a doação de órgãos.

A peça teatral aborda questões relacionadas ao corpo material, à religião, à afetividade, ao medo, ao sofrimento, à negação, às dúvidas, à divergência de opiniões dentro da própria família e, enfim, à aceitação da mesma em realizar a doação dos órgãos da menina. Salientou-se na peça, a importância da abordagem realizada pela equipe assistencial de saúde, composta por médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo. O Grupo de Teatro teve a sensibilidade de construir a história da família envolvida na peça teatral o mais parecido possível com a realidade de muitas famílias atuais, observando falas, jeitos e trejeitos comuns das pessoas, fazendo com que as mesmas se identificassem com a história dramatizada.

Após cada apresentação realizada, os integrantes do Grupo de Teatro conversaram com o público que assistiu à peça teatral sobre os aspectos importantes retratados em cena. Era um momento para compartilhar experiências e vivências relacionadas ao tema, enriquecendo ainda mais o processo de ensino e aprendizagem. Os integrantes conseguiram perceber no diálogo com o público sua percepção sobre o tema, como eles lidavam com estas situações e quais eram seus medos, suas dúvidas e angústias.

Depois de cada apresentação e discussão com o público, os acadêmicos retornavam à Universidade e, numa roda de conversa, discutiam sobre todos os aspectos que englobaram a apresentação, bem como suas vivências com a realização dessa atividade e as reflexões que ela proporcionou. Participaram das discussões, na roda de conversa, todos os integrantes do Grupo de Teatro envolvidos com a peça, juntamente com os professores responsáveis, e os resultados obtidos com essas discussões serão descritos a seguir, através de um relato de experiência.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Com base nas experiências vividas com as apresentações da peça teatral "Doe Vidas", os integrantes, na roda de conversa, discutiram diversos aspectos que foram significativos. Dentre os aspectos discutidos, destacou-se a aceitação da comunidade sobre o tema doação de órgãos, pois durante as apresentações, os acadêmicos perceberam que as pessoas ainda possuíam muito preconceito em falar sobre as questões que envolvem a aceitação da morte propriamente dita e consequentemente a doação de órgãos. Muitos aspectos observados pelos integrantes estavam relacionados a esta dificuldade como a religiosidade, o apego aos bens materiais e a falta de diálogo sobre o assunto dentro do âmbito familiar.

Para os autores Morais e Morais (2012) a religião pode dificultar a compreensão do ato de doar os órgãos e é considerada como sendo um dos motivos de recusa para a doação dos órgãos para transplante. A crença em Deus alimenta a esperança da família de que um milagre possa acontecer, e a crença de que Deus possa ressuscitar ou abençoar o paciente é tão forte que o familiar, mesmo quando tem ciência da morte encefálica, prefere acreditar que o paciente vai melhorar.

A idade e o grau de escolaridade também foram observados pelos integrantes como aspectos que dificultam o processo de compreensão sobre a doação de órgãos. Eles perceberam que as pessoas com mais idade acabavam verbalizando mais receio sobre a doação de órgãos, pois, a maioria era apegada ao corpo material e às questões de religião. As pessoas com menos escolaridade possuíam dificuldade em compreender cientificamente a importância do ato de doar, porque não conseguiam compreender e aceitar a morte encefálica. Pessoas com nível de escolaridade maior parecem ter uma melhor aceitação sobre a doação de órgãos, pois compreendem o diagnóstico de morte encefálica e por isso são mais favoráveis à doação de órgãos em comparação com as famílias que acreditam que a morte só ocorre após a parada cardíaca (MORAIS; MORAIS, 2012; GUETTI; MARQUES, 2008).

Em relação à falta de diálogo entre os familiares, observou-se, através das discussões realizadas com o público, que muitas vezes as famílias não queriam conversar sobre a doação de órgãos, pois essa situação, gerada em torno da perda do familiar, despertava na família sentimentos negativos. Embora os doadores

possam ser pessoas vivas, muitas vezes são pessoas já falecidas, que em vida não manifestaram o desejo de doação, e nesse caso a situação se torna conflituosa para os familiares, pois além de terem de enfrentar a perda do ente querido, precisam encarar a decisão de acatar ou não a doação de seus órgãos (PINHEIRO *et al.,* 2013). Estudos mostram que, conversar com familiares e manifestar o desejo de doar são importantes para facilitar a decisão da família quando algo acontecer. Além disso, conversar sobre morte com a família, amigos e conhecidos, pode auxiliar no processo de doação de órgãos, pois, quando estas pessoas são bem instruídas a respeito do tema, são capazes de promover discussões que podem auxiliar no processo decisório (PINHEIRO *et al.,* 2013; MORAIS; MORAIS, 2012).

Os integrantes destacaram a importância dos profissionais da área da saúde saberem ouvir e compreender o sentimento das pessoas e familiares envolvidos com o processo de doação. O enfermeiro é o profissional que geralmente está mais ligado ao paciente e por esse motivo ele também está mais próximo da família do potencial doador, e, nesse momento, deve estar preparado para conversar com a família sobre todos os aspectos que circundam a decisão de doar os órgãos, tão importante para salvar a vida de alguém, mas também tão dolorosa para a família que está vivendo uma situação de morte (CASTRO *et al.,* 2018; PINHEIRO *et al.,* 2013; MOURA; SOUZA; RIBEIRO, 2011).

O enfermeiro, além do aspecto assistencialista, tem a incumbência de planejar e programar ações que visem aperfeiçoar o processo de doação de órgãos, através do desenvolvimento de medidas educativas junto à sociedade que tenham como objetivo conscientizar a população (SOUZA *et al.,* 2014; PINHEIRO *et al.,* 2013). Sabe-se que a população tem um conhecimento formado e uma cultura, a qual o enfermeiro deve respeitar e valorizar sempre, porém, é possível sensibilizar a comunidade para a mudança se houver envolvimento e uma postura profissional que possa tocá-los.

Além disso, os profissionais da saúde possuem papel importante na divulgação de informação sobre doação de órgãos, pois têm acesso a grande parte da população e segundo autores causam impacto maior que outros meios de comunicação nas atitudes com relação ao tema (MOURA; SOUZA; RIBEIRO, 2011). Os esclarecimentos sobre a temática devem ocorrer dentro das instituições de saúde, com a participação de uma equipe multiprofissional, e essas campanhas devem disponibilizar informação clara e específica a respeito dos conceitos básicos que envolvem o processo de doação de órgãos, como a morte encefálica, o custo de doação, a aparência do corpo após a retirada de órgãos, os aspectos éticos, as experiências da família do doador e do receptor, entre outras orientações (MORAIS; MORAIS, 2015; CASTRO *et al.,* 2018).

Segundo Soares *et al.,* (2011) as ações educativas nesse processo tornam-se fundamentais e devem permitir uma abordagem criativa, que possa facilitar a aprendizagem individual e coletiva, buscando a autonomia do sujeito e sua capacidade

de autorreflexão e crítica. A inserção da teatralização para trabalhar a doação de órgãos na comunidade foi observada pelos integrantes como uma maneira de sensibilização importante para a inclusão dessa temática como proposta de trabalho através da dramatização.

Os integrantes trouxeram que o teatro tornou-se um excelente veículo de comunicação, porque levou o conhecimento à população de forma lúdica e divertida, substituindo palestras e encontros formais (NAZIMA *et al.,* 2008). A utilização do teatro cria uma forma autêntica e inovadora de educar, orientar, conscientizar e sensibilizar, pois a arte teatral é embasada nas representações de momentos, situações ou problemas, que englobam a criatividade e o aprendizado por meio da descontração e envolvimento proporcionados ao público (COELHO, 2014; NAZIMA *et al.,* 2008).

Os integrantes relataram que a peça teatral apresentada esclareceu as pessoas, procurou sanar as dúvidas sobre a morte encefálica e amenizou preconceitos e falsas crenças que habitualmente cercam os indivíduos em relação à temática trabalhada. Além disso, o teatro sensibilizou de forma mais efetiva a população, pois retratou vivências e experiências cotidianas de diversas famílias, aproximando a história contada com a realidade que o público vivencia.

O teatro também foi uma forma do acadêmico se inserir na comunidade e realizar educação em saúde de forma mais dinâmica e interativa, pois o teatro configura-se como uma modalidade de ensino criativa, estimulante, integradora e participativa, que intensifica as diversas trocas de saberes, favorecendo o conhecimento e a construção de novas relações entre as pessoas e o ambiente (SOARES *et al.,* 2011).

Acredita-se que implementar medidas educativas em relação à doação de órgãos é uma estratégia a ser continuamente colocada em prática, uma vez que podem contribuir com a diluição de crenças, mitos e tabus, além de mitigar a falta de conhecimento e informações sobre o processo de doação e transplante existente na sociedade (FAGUERAZZI *et al.,* 2018). O teatro serviu como fonte de orientação e sensibilização entre a comunidade e o ato de doação de órgãos, pois foi facilitador para estreitar as barreiras existentes entre ambos. Não se buscou, com a teatralização, convencer as pessoas, mas, sim, conscientizá-las desse ato tão nobre que é ajudar a salvar vidas, sem preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doação de órgãos é um tema delicado: é falar sobre o limiar entre a vida e a morte e a busca por amenizar as dúvidas e angústias quanto ao tema é um passo muito importante para que ela se torne mais compreensível.

Observou-se, nas discussões realizadas pelos integrantes do Grupo de Teatro, que abordar o tema da morte com os familiares foi uma das maiores dificuldades

encontradas em trabalhar com a temática sobre doação de órgãos. Em decorrência disso, faz-se necessário que o enfermeiro e os demais profissionais da saúde que atuam nesse processo, trabalhem de maneira integrada, a fim de elaborarem atividades que irão proporcionar reflexões sobre a morte e o processo de doação de órgãos, assim como auxiliar os familiares que se encontram em situação de sofrimento diante da morte de um ente querido.

Acredita-se que as atividades educativas auxiliam as pessoas a refletirem sobre a temática de maneira mais consciente. A educação em saúde melhorou a compreensão acerca do processo de doação de órgãos, e ter empregado a dramatização teatral como uma atividade educativa foi fundamental, pois a peça teatral abordou a morte e a doação de órgãos de forma sensível e ao mesmo tempo lúdica e dinâmica, utilizando emoções e sentimentos.

Através das apresentações realizadas com a peça teatral "Doe Vidas", percebeu-se que a dramatização teatral foi uma estratégia de extrema importância para sensibilização e conscientização das pessoas. A peça teatral contou uma história que se aproximou da realidade de muitas pessoas, e, através dessa aproximação conseguiu-se orientar, comunicar, trocar conhecimentos, fortalecer diálogos e vínculos com as pessoas e assim sensibilizá-las.

Contudo, foi possível conscientizar as pessoas de forma mais reflexiva sobre os diversos fatores que englobam a doação de órgãos e, a educação em saúde, realizada através da arte, foi além das orientações e da educação em si, mas tocou os sentimentos e a vida de cada um que assistiu a peça teatral "Doe Vidas".

REFERÊNCIAS

ABTO - Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos – ABTO. **Orientações sobre doação de órgãos.** 2015. [internet]. Disponível em: http://www.abto.org.br/estendaamao/files/0_a bto_casada_alta.pdf. Acesso em: 14 abr. 2019.

BERVIAN P. A.; CERVO A. L.; SILVA R. **Metodologia científica**. São Paulo: Pretence Hall, 2002.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. (1997). Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e legislação correlata. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações. Disponível em: www.idp.edu.br/.../450-legislacaobrasileira-sobre-doacao-de-orgaos. Acesso em: 14 abr. 2019.

CASTRO, M. de F. S. *et al.* Conhecimento e atitude dos enfermeiros frente ao processo de doação de órgãos, **Revista de Medicina de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, 2018.

COELHO, M. A. Teatro na escola: uma possibilidade de educação efetiva. **Revista Polêmica,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2014. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/10617/8513. Acesso em: 20 abr. 2019.

FAGHERAZZI, V. Educação permanente sobre a doação de órgãos/tecidos com agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 4, p. 1133-8, abril. 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231367/28698. Acesso em: 15 abr. 2019,

GUETTI N.R, MARQUES IR. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 91-7, jan./fev. 2008.

MORAIS, T. R.; MORAIS, M. R. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 633-639, out./dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a15v36n95.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

MOURA, K. H. M; SOUZA, T. F; RIBEIRO, G. T. F. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a doação de órgãos e tecidos. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 5, n. 5, p. 1353-361, ago. 2011. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/6802/6050. Acesso em: 15 abr. 2019.

NAZIMA T. J. *et al.* Orientação em saúde por meio do teatro: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 147-51, 2008.

PINHEIRO, A. L. U. Sentimentos dos familiares frente à doação de órgãos e estratégias de educação em saúde. **Journal of Nursing and Health,** Pelotas, RS, v. 3, n. 2, p. 195-203, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3397/3241. Acesso em: 20 abr. 2019.

REZENDE, L. B. O. Doação de órgãos no brasil: uma análise das campanhas governamentais sob a perspectiva do marketing social. **Revista Brasileira de Marketing**, São Paulo, v. 14, n. 3, jul./set., 2015.

SOARES, S. M. *et al.* O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 818-24, out./dez. 2011. Disponível em: //www.redalyc.org/pdf/1277/127721087022.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

SANTOS V.; CANDELORO R. J. Trab**alhos Acadêmicos:** uma orientação para a pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre: AGE, 2006.

SOUZA, A. T da S. *et al.* A atuação do enfermeiro no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, PI, v. 7, n. 3, p. 138-48, jul./ago. 2014.

FÍSTULA ARTERIOVENOSA: CUIDADOS DISPENSADOS PELOS INDIVÍDUOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Gustavo Haas Lermen[1]
Maristela Soares de Rezende[2]

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as mudanças nos hábitos de vida, a expansão da industrialização e da urbanização, o desenvolvimento científico e tecnológico, os avanços na farmacologia e o controle de doenças têm impactado positivamente na expectativa de vida. Com o crescimento significativo da população idosa é evidente a modificação no perfil das doenças. Anteriormente, prevaleciam as doenças infectocontagiosas e, recentemente, predominam as doenças crônico degenerativas (BORGES; BEDENDO; FERNANDES, 2013).

Encaixa-se, nesse grupo, a Insuficiência Renal Crônica (IRC), caracterizada pela redução da função renal de forma gradual e irreversível, classificando-se de acordo com a taxa de filtração glomerular (ROSO *et al.,* 2013). A destruição gradativa e irreversível da função renal resulta no acúmulo dos produtos finais do metabolismo no sangue. Conforme a uremia progride, afeta todos os sistemas do organismo, quanto mais elevada a concentração de produtos residuais, mais graves serão os sintomas. As situações que podem levar à IRC são a hipertensão arterial, a *diabetes melitus*, a glomerulonefrite crônica, a pielonefrite, entre outras (SMELTZER *et al.,* 2011).

A doença renal crônica tem se destacado como problema de saúde pública mundial, e sua incidência e prevalência em estágio avançado aumentaram no Brasil e em todo mundo (PINHO; OLIVEIRA; PIERIN, 2015). Nos últimos anos, o número de pacientes em diálise no país cresceu 115% e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano. A Sociedade Brasileira de Nefrologia estima que existam dez milhões de pessoas com algum grau de doença renal crônica no país (BORGES; BEDENDO; FERNANDES, 2013).

A escolha do tratamento para insuficiência renal crônica, que substitui parcialmente a função renal, depende das condições clínicas e psicológicas do paciente (TAKAEMOTO *et al.,* 2011). Acrescenta-se, que o tratamento é influenciado pelo estágio da doença, podendo ser conservador com uso de medicamentos, dietas e restrição hídrica ou com terapias de substituição renal, como hemodiálise, diálise

1 Enfermeiro, egresso do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

peritoneal e transplante renal. A terapêutica conservadora objetiva reduzir o ritmo de progressão da doença renal, manter a função restante, melhorar as condições clínicas e psicológicas do paciente (ROSO *et al.,* 2013).

Dentre essas intervenções, a mais empregada é a hemodiálise (89,4%), que deve ser realizada pelos pacientes portadores de IRC por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido (MADEIRO *et al.,* 2010). No Brasil, na primeira década desse século, existiam 684 centros de tratamento dialítico e, destes, 150 (21,9%) estavam localizados na região Sul (SILVA; NUNES, 2011).

Esta terapia é uma opção para remover o excesso de líquidos e toxinas do corpo do paciente com IRC, sendo o método de diálise mais comum, por sua efetividade em corrigir as intoxicações metabólicas. Consiste em filtrar o sangue através de um dialisador que funciona como uma membrana semipermeável, substituindo a função renal. Nesse processo, o sangue carregado de toxinas é desviado do paciente para o aparelho, onde as toxinas são removidas e o sangue é devolvido para o paciente (SMELTZER *et al.,* 2011).

O processo é, basicamente, uma difusão em que a membrana está imersa em uma solução eletrolítica que possuí concentração equivalente ao plasma de um indivíduo normal. Assim, as toxinas passam de um ambiente de maior concentração para um de menor concentração. Esse tipo de tratamento dialítico prolonga a vida e controla os sintomas urêmicos do paciente (PIVATTO; ABREU, 2010).

Essa modalidade terapêutica, frequentemente, causa frustração e limitações, uma vez que é acompanhada de diversas restrições, dentre elas a conservação de uma dieta específica combinada às restrições hídricas e a modificação na aparência corporal devido a presença do cateter para acesso vascular ou da fístula arteriovenosa (FAV) (PILGER, 2010).

A hemodiálise depende da presença de acesso vascular eficiente, capaz de viabilizar que o sangue seja removido, filtrado e reinserido ao paciente. O principal método de acesso permanente à hemodiálise é uma fístula arteriovenosa, criada cirurgicamente para unir uma artéria e uma veia. O objetivo dessa anastomose é aumentar o tamanho do vaso e que, após o tempo de maturação, possa acomodar as agulhas calibrosas e suportar o fluxo da hemodiálise (SMELTZER *et al.,* 2011). Nesse seguimento, a FAV é considerada o acesso ideal por apresentar um tempo maior de utilização e ter baixo índice de implicações para o portador. A conservação da fístula arteriovenosa requer cuidados fundamentais por parte dos profissionais de saúde e do paciente. Os cuidados adotados com a fístula são fundamentais para a adequação do acesso à hemodiálise, bem como prevenir complicações (MANIVA; FREITAS, 2010).

A carência de cuidados com a FAV pode resultar em sua falência e, por conseguinte, pode exigir novas formas de intervenções a fim de realizar a hemodiálise,

como, por exemplo, a inserção de um cateter calibroso com duplo lúmen, na veia subclávia, jugular interna ou femoral. Entretanto, esse método de acesso imediato à circulação não pode ser utilizado por mais de três semanas e envolve alguns riscos ao paciente, como pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia, entre outros (SMELTZER *et al.,* 2011) (PESSOA; LINHARES, 2015).

Essas informações são essenciais e exercem interferência direta no autocuidado e no manejo dos pacientes com a FAV. As ações envolvidas nesse processo são de responsabilidade da equipe de saúde e do paciente renal crônico. Caso esses cuidados sejam ignorados, a FAV poderá ser comprometida e, consequentemente, o paciente, exigindo intervenções mais complexas e hospitalizações, gerando riscos com agravos mais severos (PESSOA; LINHARES, 2015).

Nesse seguimento, o enfermeiro tem o papel fundamental para intervir de forma imediata e constante sobre o paciente durante o tratamento com hemodiálise, e especialmente, trabalhar a educação em saúde, abordando informações sobre o funcionamento da máquina de hemodiálise, a importância do tratamento e os cuidado com a fístula (MANIVA; FREITAS, 2010).

Os cuidados com a FAV são essenciais e tem o objetivo de prolongar seu tempo de uso, visto que os locais de construção são limitados e os pacientes sem condições de acesso devem ser considerados de alto risco de mortalidade (SMELTZER *et al.,* 2011). A relação entre o paciente e a equipe de saúde pode ser explorada a fim de favorecer o autocuidado e a educação em saúde. Como o tratamento hemodialítico é contínuo, ocorre o estabelecimento de um vínculo, com isso, pode-se aprimorar as técnicas de comunicação e elaborar métodos para estimular o autocuidado, considerando a singularidade de cada indivíduo (MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013).

Nesse sentido, o enfermeiro precisa valorizar as ações de educação em saúde junto a esses indivíduos com o propósito de manter o equilíbrio das funções orgânicas e conservar o acesso vascular. O autocuidado se refere às atividades necessárias para melhorar e/ou preservar a saúde, assumindo hábitos saudáveis que promovam o bem estar e evitem a manifestação ou complicações de doenças (CRISTOVÃO, 2015).

Percebeu-se, ao longo da graduação, a importância dos cuidados básicos que o enfermeiro precisa dispensar junto aos indivíduos com IRC e portadores de FAV a fim de evitar complicações. Reflete também um trabalho de educação em saúde contínuo do enfermeiro junto aos indivíduos. Assim, com o propósito de ampliar o conhecimento nessa área, escolheu-se esse tema para investigação.

Tendo por base o exposto, objetivou-se identificar os cuidados dispensados à FAV pelos indivíduos com IRC submetidos a sessões de hemodiálise, em um serviço de uronefrologia. Além disso, buscou-se também identificar a fonte das orientações para esses cuidados, bem como situações vivenciadas por esses indivíduos que comprometessem o funcionamento da FAV.

MÉTODO

Neste trabalho, foi realizada uma pesquisa de caráter qualitativo exploratório, desenvolvida em um serviço de uronefrologia que realiza sessões de hemodiálise em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo nº 1.625.387.

Como critérios de inclusão dos sujeitos elegeu-se: ser indivíduos conscientes, lúcidos; encontrar-se em programa de hemodiálise para IRC; com fístula arteriovenosa há mais de seis meses, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Quanto aos critérios de exclusão, definiu-se: apresentar sinais clínicos de desconforto no dia da coleta de dados.

Uma vez selecionados os sujeitos, ocorreu, individualmente, a apresentação do pesquisador e o convite para a participação na pesquisa, explicitando-se o objetivo, a relevância e a forma de coleta de dados a ser utilizada. Neste momento, foi enfocado que a participação ou não, neste estudo, não implicaria em riscos ou prejuízos ao informante, sendo respeitados os seus costumes, sua religião, conceitos morais e éticos, conforme preconiza a Resolução 466/12 que versa sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos pacientes que aceitaram participar, foi apresentado e lido um Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias pelo respondente e pelo pesquisador, das quais uma via permaneceu com o sujeito e outra será guardada pelo pesquisador em local seguro por cinco anos.

Antes de aplicar o instrumento de coleta, a entrevista semiestruturada, com a amostra de sujeitos selecionados, testou-se o mesmo com dois pacientes, não incluídos na amostra desse estudo. Assim, sem sentir-se a necessidade de alteração no formulário de entrevista, iniciou-se a coleta propriamente dita.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em agosto de 2016, no serviço de uronefrologia. Essas seguiam um roteiro que contemplava a caracterização dos sujeitos a partir de cinco itens, bem como de três questões subjetivas, como: Recebeu orientações para cuidar de sua FAV? Quais os cuidados que você tem com a sua fístula? Você já apresentou alguma complicação com a fístula? Ressalta-se que esses questionamentos, direcionados à temática, apresentavam elementos norteadores a fim de atingir o objetivo e evitar que os respondentes divagassem.

As respostas foram anotadas pelo entrevistador durante a entrevista. Destaca-se que ao expor as falas dos sujeitos, os mesmos foram identificados por um codinome, isto é, a letra “E” seguida do número da entrevista, mantendo o seu anonimato.

Os dados dessa pesquisa foram submetidos ao método de análise de conteúdo composto por três etapas: a pré-análise, na qual ocorreu a organização dos dados

e definição de indicadores que apoiaram a interpretação; a exploração do material; onde os dados foram codificados, apoiando-se no número de vezes que foram citados; e o tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2006).

Os entrevistados demonstraram-se simpáticos, bastante participativos, colaborativos, bem como relataram seus medos, ansiedades, expectativas e experiências pessoais, explanando sobre assuntos do cotidiano e que, por vezes, não estavam relacionados ao tema. Essa cooperação por parte dos pacientes criou um vínculo com o entrevistador e lhes favoreceu expressar a confiança e a segurança que depositam nos profissionais de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados a participar do estudo 16 indivíduos, mas dois não aceitaram, totalizando 14 sujeitos investigados. Destes, sete eram homens e sete eram mulheres, cujas idades variaram entre 32 e 82 anos, sendo a maior concentração na faixa de 60 a 70 anos. A maioria estava aposentada por invalidez e apenas três participantes mantinham a profissão de agricultor. Nesse estudo, houve uma uniformidade entre os sexos dos sujeitos, porém, outras pesquisas semelhantes revelaram a predominância do sexo masculino, sem um argumento para tal fato (PILGER, 2010; MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013; SBN, 2013).

Em relação à faixa etária predominante encontrada, esta reflete os achados também em outros estudos. Contudo, em pesquisa realizada, em 2010, pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, a faixa etária dominante para IRC é de 19 a 64 anos (SBN, 2013). Devido ao aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população em geral, a prevalência da doença na faixa de 60 a 70 anos permanece alta (PESSOA; LINHARES, 2015) (PILGER, 2010). Essa informação indica que, com o aumento da idade, esses indivíduos têm maior probabilidade de desenvolver a disfunção, sendo o processo multifatorial de envelhecimento o que torna os indivíduos mais suscetíveis a patologias crônicas (MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013).

Para manter o funcionamento adequado da FAV e, consequentemente, sua saúde, os indivíduos investigados necessitaram implementar determinados cuidados orientados pelos profissionais de saúde, que exigiram modificar alguns hábitos e readaptar-se à nova realidade. Mudanças como não fazer força e não pressionar o membro com FAV interferem na prática de inúmeros afazeres cotidianos, afetando também a atividade laboral (MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013; MADEIRO *et al.,* 2010). Pôde-se constatar que apenas três permaneciam em atividades remuneradas, porém mais amenas, sem realizar força no membro para não comprometer a FAV. A IRC e seus tratamentos com sessões dialíticas três vezes por semana de modo contínuo não interferem diretamente na atividade profissional, mas causam limitações significativas, como diminuição da energia física, levando a aposentadorias

(TAKAEMOTO *et al.,* 2011; SILVA; NUNES, 2011; MANIVA; FREITAS, 2010).

Entre os entrevistados, 11 nunca comprometeram a fístula arteriovenosa, não exigindo sua reconstrução. No entanto, três necessitaram de nova FAV, dos quais um precisou refazer a FAV duas vezes. Contudo, é importante salientar que a confecção dessas novas fístulas não foram em decorrência da não observância das orientações recebidas para a manutenção da integridade da fístula, mas devido a vasculopatias prévias. O tempo de permanência de uma FAV não é preciso, mas estudos afirmam ser de até três anos (MANIVA; FREITAS, 2010).

Sabe-se que a HAS bem como a Diabetes Melitus são responsáveis pelo desenvolvimento de vasculopatias. Em estudo anterior foi identificado que os pacientes diabéticos apresentavam tempo médio de uso das fístulas menor do que os pacientes não diabéticos, dos quais 58,4% dos pacientes investigados confeccionaram somente uma FAV, enquanto que 41,6% realizaram a anastomose duas ou mais vezes (CRUZ *et al.,* 2015; FERNANDES *et al.,* 2013).

No que se refere ao tempo de tratamento hemodialítico, este variou de seis meses a nove anos. Variação equivalente foi apresentada em estudo realizado com 30 pacientes de um setor de Nefrologia de um hospital em Pernambuco (PESSOA; LINHARES, 2015).

Todos os entrevistados referiram que adotaram todas as orientações recebidas a respeito dos cuidados necessários com a FAV, sendo a maioria dessas informações fornecidas e reforçadas pelo enfermeiro e por sua equipe de enfermagem. Entre essas orientações foram destacadas a importância de não levantar peso com aquele braço ou permitir que seja aferida a pressão arterial no mesmo; não pressionar o local da fístula; não colocar adornos ou objetos sobre a mesma, nem tampouco deitar sobre esta; avaliar frêmito, não traumatizá-la ou permitir que profissionais externos ao serviço de hemodiálise coletem sangue para exames laboratoriais. Salientaram também a importância de evitar a ingesta hídrica excessiva e observar queda brusca de pressão arterial. Além disso, ressaltaram a necessidade de fazer exercícios diários de compressão com bola de borracha.

Atitudes como evitar dormir sobre o membro com a FAV, aferir a pressão arterial e qualquer tipo de compressão no membro que está a FAV podem interromper a circulação sanguínea, provocando um garroteamento e trombose na FAV. Quanto a evitar punções venosas para coletas sanguíneas, o risco está relacionado à formação de hematomas. Porém, a palpação do frêmito da fístula é uma forma de monitorar a perfusão e o funcionamento da mesma (MANIVA; FREITAS, 2010; MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013).

No que diz respeito à restrição hídrica, esta é relevante, pois tem o intuito de evitar complicações ligadas a IRC, como hipertensão arterial e edema agudo de pulmão. Por outro lado, a falta de controle da ingesta hídrica pode causar hipotensão,

devido a diminuição profusa do volume sanguíneo durante o tratamento hemodialítico para remover o excesso de água acumulado no corpo, podendo desencadear um comprometimento da FAV por trombose (PILGER, 2010). Para melhorar a tensão muscular no braço, facilitar a punção e a funcionalidade da FAV, são importantes a realização de exercícios isométricos como citam os sujeitos desse estudo (SILVA; NUNES, 2011; SMELTZER *et al.,* 2011).

Vale ressaltar que alguns cuidados primordiais não foram citados pelos entrevistados, como atentar para sinais e sintomas de infecção e realização da higiene do acesso. Tão importantes quanto os demais, esses cuidados têm a finalidade de promover maior durabilidade ao acesso, e evitar complicações que necessitem intervenções mais complexas, como a implantação de um cateter venoso de acesso central. Foi expresso, pelos usuários do serviço, o medo de perder a FAV devido ao conhecimento e experiências vividas com o cateter (MANIVA; FREITAS, 2010; PESSOA; LINHARES, 2015; MADEIRO *et al.,* 2010). A FAV possibilita um tratamento mais cômodo e com maior autonomia do indivíduo quando comparado ao cateter, como exposto, a seguir, nas falas dos sujeitos: *"Muito ruim trocar de novo (a FAV) e fazer cateter, tem que cuidar para não molhar, incomoda, cuidar para tomar banho, para não tirar do lugar" (E12) "Com o cateter é um sacrifício para dormir e não pode molhar" (E13).*

A maioria dos entrevistados referem não ter complicações com a FAV, contudo, a complicação mais citada foi o surgimento de hematomas durante a hemodiálise. Frente a isso, as atitudes tomadas foram a mudança do local da punção, aplicar compressas de gelo e após compressas mornas, além de observar e entrar em contato com o serviço de hemodiálise em caso de mais alguma alteração. Condutas semelhantes também foram relatadas em estudos realizados em 2013, no Rio de Janeiro e 2015, no Recife, desenvolvidos respectivamente por Moreira e Pessoa, sinalizando um processo eficaz de educação em saúde (MOREIRA; ARAUJO; TORCHI, 2013) (PESSOA; LINHARES, 2015).

Identificou-se que os sujeitos desse estudo percebem o enfermeiro como um profissional importante no seu tratamento e na educação em saúde, como está expresso na fala a seguir: *"A enfermeira é tudo aqui dentro. Fala o que precisa para o bem da gente", "... todos orientam, mas a enfermeira explica mais" (E1).*

A formação de laços entre o paciente e o profissional de saúde propicia uma relação que facilita a comunicação e ajuda a desenvolver a educação em saúde (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011). Destaca-se a importância da enfermagem na orientação desses pacientes e de suas famílias, no que se refere aos cuidados com a fístula, suas implicações, limitações, reconhecimento do seu funcionamento e as justificativas desses cuidados com o objetivo de evitar a inviabilização da mesma, mas, principalmente, para estimular o autocuidado. O enfermeiro tem a responsabilidade de incentivar o autocuidado e, para tanto, precisa transmitir seu

conhecimento de uma forma interativa, estabelecendo uma relação de confiança para o paciente ter a liberdade de sanar suas dúvidas. Além disso, esse profissional interage constantemente com o indivíduo em tratamento de IRC e tem a possiblidade de intervir nesse processo de aprendizagem (MANIVA; FREITAS, 2010; MADEIRO *et al.,* 2010). Portanto, nesse contexto, reflexões quanto ao cuidado de enfermagem junto aos pacientes com doenças crônicas são relevantes, principalmente, em relação à resolutividade, à educação em saúde e à qualidade da assistência (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011).

CONCLUSÕES

Identificou-se que os principais cuidados dispensados pelos sujeitos desse estudo à FAV foram não comprimir o local de forma alguma, avaliar a perfusão desse acesso, preservar o membro, evitando a fadiga de sua musculatura, evitar as coletas sanguíneas, controlar a ingesta hídrica e realizar exercícios isométricos. Dessa forma, ao respeitar esses cuidados não vivenciaram situações que comprometessem o funcionamento da fístula, apesar de alguns dos sujeitos necessitarem a confecção de novas fístulas devido a vasculopatias.

Destaca-se que a maioria das orientações relacionadas à FAV foram fornecidas pelo enfermeiro desse serviço e por sua equipe. Além disso, os sujeitos, ao pontuarem o comprometimento da equipe de enfermagem na assistência, salientaram a importância das orientações e do cuidado constante da enfermagem junto a eles.

Esses resultados demonstram que ações educativas adequadas conduzem os pacientes ao autocuidado e promovem sua saúde. O vínculo entre a enfermagem e o usuário do serviço de hemodiálise é um diferencial e pode ser explorado, visando a manutenção da saúde e a prevenção de potenciais complicações.

Acredita-se que este estudo, ao desvelar os cuidados dispensados por esses sujeitos à FAV e a valorização dos mesmos quanto às orientações de enfermagem recebidas, possibilite aos enfermeiros dos serviços de hemodiálise momentos de reflexão quanto à sua assistência direta, à metodologia aplicada para a educação em saúde, e por conseguinte, instigue movimentos que reforcem suas condutas.

REFERÊNCIAS

BORGES, Palmiane Rezende Ramim; BEDENDO, João; FERNANDES, Carlos Alexandre Molena. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **Rev. Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 26, n. 5, p. 472-7, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a11v26n5.pdf. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466. Acesso em: 10 maio 2016.

CRISTÓVÃO, Antonio Filipe Amaral de Jesus. Eficácia das restrições hídrica e dietética em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm,** Lisboa, Portugal, v. 68, n. 6, p. 1154-62, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1154.pdf. Acesso em: 10 jun. 2016.

CRUZ, Renan Nunes *et al.* Influência do diabetes mellitus sobre a perviedade da fístula arteriovenosa para hemodiálise. **J Vasc. Bras,** Ponta Grossa, (PR), v. 14, n. 3, p. 217-23, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jvb/v14n3/1677-5449-jvb-14-3-217.pdf. Acesso em: 25 nov. 2016.

FERNANDES, Etiene Fatima da Silva *et al.* Fístula arteriovenosa: autocuidado em pacientes com doença renal crônica. **Medicina Ribeirão Preto,** Ribeirão Preto, v. 46, n. 4, p. 424-8, 2013. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n4/AO_F%EDstula%20arteriovenos-autocuidado%20em%20pacientes%20com%20doen%E7a%20renal%20cr%F4nica.pdf. Acesso em: 20 set. 2016.

MADEIRO Antonio Claudio *et al.* Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Rev. Acta Paul Enferm,** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf. Acesso em: 23 ago. 2016.

MANIVA, Samia Jardelle Costa de Freitas; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. **Rev. Rene. Fortaleza,** Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 152-60. 2010. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4496/3397. Acesso em: 29 nov. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, Alessandra Guimarraes Monteiro; ARAUJO, Silvia Teresa Carvalho; TORCHI, Thalita Souza. Preservação da fístula arteriovenosa: ações conjuntas entre enfermagem e cliente. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 256-62. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a08.pdf. Acesso em: 15 out. 2016.

PESSOA, Natalia Ramos Costa; LINHARES, Francisca Macia Pereira. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Esc. Anna Nery,** Recife, v. 19, n. 1, p. 73-79. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0073.pdf. Acesso em: 20 nov. 2016.

PILGER, Calíope, et al. Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Rev. Esc. Anna Nery,** Maringá, v. 14, n. 4, p. 677-83, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04.pdf. Acesso em: 03 dez. 2016.

PINHO, Natalia Alencar de; OLIVEIRA, Rita de Cassia Burgos de; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm USP,** São Paulo, v. 49, n. 1, p. 101-08, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/1980-220X-reeusp-49-spe-0101.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

PIVATTO, Daiane Roberta; ABREU, Isabella Schroeder. Principais causas de hospitalização de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava, Paraná, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 515-20, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a15.pdf. Acesso em: 15 nov. 2016.

ROSO, Camila Castro *et al.* O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. **Rev. Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 739-45, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a21.pdf. Acesso em: 20 out. 2016.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI; Lina Marcia Migueis. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/05.pdf. Acesso em: 05 nov. 2016.

SILVA, Kleber Aparecido; NUNES, Zigmar Borges. As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise. **Health Sci Inst,** Ribeirão Preto, v. 29, n. 2, p. 110-3, 2011. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/02_abr-jun/V29_n2_2011_p110-113.pdf. Acesso em: 13 jul. 2016.

SMELTZER *et al.* **Brunner & Suddarth:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 2 v.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). Censo de diálise SBN 2013. Disponível em: http://arquivos.sbn.org.br/pdf/censo_2013_publico_leigo.pdf. Acesso em: 15 maio 2016.

TAKEMOTO, Angelica Yucari, et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 256-62, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200007. Acesso em: 20 ago. 2016.

ESTUDO SOBRE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR AOS PACIENTES HIPOGLICÊMICOS

Éder Santos de Quadros[1]
Guilherme Mocelin[2]
Francielle Rosa da Silva[3]
Nestor Pedro Roos[4]

INTRODUÇÃO

A hipoglicemia é uma situação clínica de ocorrência frequente nos diabéticos sendo várias as circunstâncias que podem desencadear a baixa dos níveis glicêmicos no sangue. Existem duas formas principais de hipoglicemia que são: hipoglicemia exógena, atribuída às aplicações de insulinas ou a ingestão de hipoglicemiantes orais e a hipoglicemia endógena causadas por fatores metabólicos (BILOUS, 2015).

Em situações hipoglicêmicas os níveis sanguíneos de glicose abaixo das normalidades acabam privando o Sistema Nervoso Central de sua fonte principal energética, podendo ocasionar complicações agudas à saúde. As células nervosas precisam de energia para seu funcionamento, caso isso não ocorra poderão sofrer danos em decorrência de sua ausência. Uma das prováveis causas da hipoglicemia é atrasar ou não realizar as refeições adequadamente (BILOUS, 2015).

Há aquelas situações em que os níveis glicêmicos baixam drasticamente tais como: hipoglicemias devido à ingestão de álcool; causadas por drogas exógenas ou endógena; decorrentes de anomalias congênitas do metabolismo; em decorrência de insuficiência alimentar e desnutrição extrema; neonatal e em complicação aguda devido ao diabetes mellitus, entre outros (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016).

A hipoglicemia caracteriza-se pela diminuição dos valores glicêmicos com valor inferiores à 70 mg/dL, podendo o paciente apresentar, ou não, alguma sintomatologia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016). A queda da glicemia ocasiona os sintomas neuroglicogênicos (fome, vertigem, astenia, cefaleia, confusão mental, convulsão e até coma), e os sintomas de suores excessivos, taquicardia, tremores são decorrentes de manifestações que ocorrem no momento da liberação do sistema simpático conforme descrito por Brasil (2013a).

1 Enfermeiro, egresso do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Acadêmico do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Acadêmico do Curso de Enfermagem da UNISC.

4 Enfermeiro, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

Para um melhor entendimento buscamos apoio em Bavelloni e Junior (2011), o qual define a hipoglicemia como uma síndrome caracterizada pela Tríade de *WHIPPLE* que necessariamente precisa ter as três etapas que são: níveis glicêmicos menor ou igual a 45 mg/dL, sinais e sintomas compatíveis com a hipoglicemia e reversão dos sintomas após administração de glicose.

O mesmo autor afirma, ainda, que várias são as causas da ocorrência de hipoglicemias em pacientes diabéticos tais como: exercício físico em demasia; não se alimentar ou alimentar-se de forma irregular; ingestão alimentar insuficiente; distúrbios gastrointestinais, como vômitos e diarreias; ingesta alcoólica; administração de doses aumentadas de insulina ou hipoglicemiantes.

A Sociedade Brasileira de Diabetes registrou em 2015, 11,9 milhões de pessoas com diabetes no Brasil, ficando na quarta posição entre os países com o maior número de diabéticos. Naquele mesmo ano estimou-se 382 milhões de diabéticos no mundo e, em 2035 estima-se que a doença possa acometer 471 milhões de pessoas. Nesse mesmo espaço, cabe pontuar que as doenças crônicas não transmissíveis representam importante causa de morbidade e mortalidade no mundo, estima-se que, em torno de cinco milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos faleceram por diabetes em 2015, o equivalente a um óbito a cada seis segundos (SBD, 2017).

Mediante esse escopo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um órgão governamental de saúde que é atrelado à Central de Regulação no qual existem frotas de veículos compatíveis com as necessidades de saúde, variando com a complexidade de cada chamado. Os veículos dos SAMUs existentes no município do estudo, são: uma ambulância de suporte básico, uma ambulância de atendimento avançado e uma motolância (BRASIL, 2016).

A Portaria n° 1863/GM, de 29 de setembro de 2003, considera atendimento pré-hospitalar móvel de urgência aquele que procura chegar o mais rápido possível no local do chamado, seja em decorrências traumáticas ou clínicas, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo morte (BRASIL, 2003). A Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, descreve as competências/atribuições dos profissionais de cada membro da equipe de saúde (condutores de veículos de urgência, técnicos de enfermagem, enfermeiro e médicos). Neste estudo, objetivar-se-á identificar as ocorrências de atendimento pré-hospitalar a pacientes com diagnóstico de hipoglicemia oriundos de diferentes espaços.

METODOLOGIA

O presente estudo está pautado sob a ótica de uma pesquisa documental de caráter quantitativo-qualitativo (LACERDA; RIBEIRO; COSTENÁRO, 2018). A pesquisa foi realizada na base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em um município da região centro-leste do Estado do Rio Grande do Sul.

Por se tratar de um estudo com fontes de dados secundários, a coleta de dados foi realizada nos boletins de atendimento do SAMU desse município, decorrentes dos atendimentos de indivíduos com hipoglicemias. Para a coleta dos dados foi observado com o recorte de tempo de1° janeiro a 31 dezembro de 2017.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um formulário previamente estruturado buscando identificar e registrar os dados sociodemográficos; perfil da equipe e viatura selecionado, horários dos atendimentos; análise da glicemia capilar na chegada e após as intervenções; dados de avaliação da Escala de Coma de Glasgow na chegada, bem como as intervenções procedidas; terapêutica utilizada pela equipe; histórico e acompanhamento terapêutico do paciente e desfecho do atendimento.

Para efetivação de todas as exigências éticas, tal estudos atende os preceitos contidos na Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul, aprovado na data de 17 de julho de 2018, sob o parecer 2.773.915.

A tabulação e análise de dados deu-se na forma qualitativa/quantitativa, em sequência deu-se a análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2004), o objetivo desse método é organizar os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Buscando apoio em Minayo (2014), a análise de conteúdo é uma técnica que permite ao pesquisador trabalhar os dados em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O escopo (N) da amostra do presente estudo está caracterizado por 117 boletins de atendimento prestado pelo SAMU na região em questão, referentes aos atendimentos a pacientes que apesentaram hipoglicemias, no período de 1° de janeiro a 31 de dezembro de 2017. Os resultados apresentados no quadro abaixo explicitam o perfil dos pacientes, com ênfase sobre os dados socioeconômicos que os compõem.

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS COM HIPOGLICEMIA	FREQUÊNCIA	
SEXO	**n**	**%**
Masculino	52	44,44 %
Feminino	65	55,56 %
Total (N)	117	100,00%
IDADE	**FREQUÊNCIA**	
	n	**%**
0-10	0	0,00%
11-20	0	0,00%
21-30	3	2,56%
31-40	31	26,50%
41-50	14	11,97%
51-60	18	15,38%
61-70	21	17,95%
71-80	18	15,38%
81-90	11	9,40%
91 ou mais	1	0,85%
Total (N)	117	100,00%
ÁREA DE ATENDIMENTO	**FREQUÊNCIA**	
Urbana	109	93,16%
Rural	8	6,84%
Total (N)	117	100,00%
LOCAL DE ATENDIMENTO	**FREQUÊNCIA**	
LOCAL	**n**	**%**
OUTROS	6	5,13 %
VIA PÚBLICA	2	1,71%
GERIATRIA	5	4,27 %
RESIDÊNCIA	104	88,89%
Total (N)	117	100,00%

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

A amostra constituiu-se em 55,56% (n=65) pertencentes ao sexo feminino e 44,44%, (n =52) ao sexo masculino. Em conformidade com a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2015, mostra que o diabetes atingiu o patamar de 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%)

– 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Pelo fato de haver maior prevalência de Diabetes Mellitus nas mulheres, conforme demonstra a pesquisa do Ministério da Saúde, logicamente os riscos de complicações crônicas ou agudizadas são maiores, e dentre estas se destaca as hipoglicemias (BRASIL, 2015).

A faixa etária variou de 21 a 91 anos de idade, sendo predominante a faixa etária de 31 a 40 anos de idade 26,50 % (n=31). De acordo com Vigitel (2012), o Ministério da Saúde divulgou dados pontuais sobre a doença no Brasil, o que revelam que o número de casos de diabéticos está crescendo. A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas constatou que o crescimento ocorreu em todas as faixas etárias, porém na faixa de 35 a 44 anos o aumento foi mais significativo: 26,6% de (2006 a 2012), valores estes bem semelhantes aos achados dessa pesquisa em 2017 (BRASIL, 2013b).

Em relação à área de atendimento, foi possível perceber que 109 usuários foram atendidos em razão de hipoglicemias pelo Serviço na área urbana da cidade o que representa 93,16% da totalidade dos atendimentos relacionados a tal acometimento.

Ao compararmos os dados do IBGE, no ano de 2010, a população do município em questão, residente em zona urbana, é de 105.190 moradores, o que justifica a maioria dos atendimentos nesta área (BRASIL, 2010).

Em referência à década de 1940, cerca de 70% da população brasileira vivia na área rural, e apenas 30% na zona urbana, mas devido ao processo de urbanização e industrialização, em meados dos anos 2000, os habitantes com domicílios nas cidades aumentaram para 80% e apenas 20% continuaram no campo (OLIVEIRA, 2014).

Pontuando, em relação ao local de atendimento, o maior percentual foi no ambiente residencial 88,89% (n=104), seguido de “outros” e não especificados 5,13% (n=6), geriatria 4,27% (n=5) e vias públicas 1,71% (n=2).

Perfil da equipe, veículos e horário das ocorrências hipoglicêmicas

DESCREVE O TIPO DE VEÍCULOS E HORÁRIOS USADOS NOS ATENDIMENTOS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

CATEGORIA DE VIATURA/ VEÍCULO	FREQUÊNCIA	
	n	%
Suporte Básico	77	65,81%
Suporte Avançado	36	30,78%
Suporte Avançado+ Motolância	3	2,56%
Suporte Básico + Motolância	1	0,85%
Total (N)	117	100,00%

HORÁRIO DO CHAMADO DAS OCORRÊNCIAS

HORÁRIO	FREQUÊNCIA	
	n	%
00:00horas às 06:59 horas	27	23,08%
07:00 horas às 12:59 horas	43	36,75%
13:00 horas às 18:59 horas	30	25,64%
19:00 horas às 23:59 horas	17	14,53%
Total (N)	117	100,00%

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

No estudo evidencia-se que 65,81% (n=77) dos atendimentos foram prestados pelo suporte básico de vida, que é composta por técnico de enfermagem e condutor socorrista. Seguidos por 30,78 % (n=36), pelo suporte avançado; 2,56% (n=3), pelo suporte avançado e motolância e 0,85% (n=1), pelo suporte básico e motolância.

Os atendimentos prestados pelo suporte básico, dependendo da situação clínica apresentada pelo paciente, a equipe poderá solicitar apoio à regulação médica e solicitar o suporte avançado se as condições hemodinâmicas do paciente estiverem instáveis.

O atendimento se inicia por meio de uma ligação telefônica gratuita pelo número nacional – 192 – que é exclusivo das Centrais de Regulação Médica das Urgências do SAMU, com o objetivo de acolher os pedidos de ajuda médica de cidadãos acometidos por agravos agudos à sua saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica. De acordo com as necessidades do chamado, o médico regulador liberará o tipo de viatura mais específica para aquela situação (BRASIL, 2016).

Em relação ao horário de chamadas em que ocorreram mais atendimentos, deu-se no turno da manhã, compreendida entre 07h00' horas até 12h59' horas, com 36,75 % (n=43) pacientes hipoglicêmicos, no entanto, é importante salientar que a hipoglicemia pode ocorrer em qualquer horário, o que é facilmente visualizado no quadro acima, pois, a proporcionalidade entre os horários fez-se próxima.

Análise de glicemia capilar da população do estudo

ÍNDICES GLICÊMICOS ENCONTRADOS NA ABORDAGEM INICIAL DA EQUIPE DO SAMU

GLICEMIA	PACIENTE HIPOGLICÊMICOS	FREQUÊNCIA
	n	%
< 30 mg/dl	48	41,03%
31-40 mg/dl	31	26,49%
41-50 mg/dl	19	16,24%

51-60 mg/dl	12	10,26%
61- 70 mg/dl	7	5,98 %
Total (N)	117	100,00%

GLICEMIA CAPILAR APÓS INTERVENÇÃO MÉDICA E/OU ENFERMAGEM

GLICEMIA	**PACIENTES HIPOGLICÊMICOS n**	**FREQUÊNCIA %**
< 69mg/dl	4	3,42 %
70 mg/dl	1	0,85 %
71-80 mg/dl	6	5,13%
81-90 mg/dl	6	5,13%
91- 100 mg/dl	9	7,69 %
101- 110 mg/dl	4	3,42 %
111- 120 mg/dl	9	7,69 %
>121 mg/dl	63	53,85 %
Não aplicado	15	12,82 %
Total (N)	117	100,00%

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

O quadro acima nos revela que 41,03% (n=48) dos pacientes, na abordagem inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, estavam com glicemia capilar inferior a 30 mg/dL e já apresentavam alguma alteração em decorrência dos sintomas neuroglicopênicos.

A hipoglicemia está relacionada a sinais e sintomas devidos à liberação adrenérgica provocada pela queda da glicemia, o que ocorre precocemente, logo que a glicemia atinge valores menores que 70 mg/dL e/ou a falta de aporte de glicose ao cérebro (sintomas neuroglicopênicos), que ocorre, geralmente, com valores de glicemia menores que 50 mg/dL**.** A hipoglicemia deve ser tratada rapidamente, pois ela pode tornar-se grave em minutos, acarretando uma confusão mental progressiva e, se não tratada, lesão cerebral permanente (MÉGIAS *et al.,* 2018).

O estudo permite analisar que a grande maioria dos pacientes, após intervenção médica/de enfermagem, se restabeleceram com níveis glicêmicos superiores a 121 mg/dL 53,85% (n=63) do montante total, e apenas 3,42 % (n=4) não compensaram por completo a glicemia após a intervenção médica e/ou de enfermagem, permanecendo com glicemia capilar menor que 69 mg/dL.

Após-análise deste estudo, pontua-se a hipoglicemia como a emergência médica endocrinológica mais frequente, da qual a maioria dos pacientes se restabelece completamente, sem sequelas, desde que devidamente diagnosticada e prontamente tratada.

Escala de Glasgow: um instrumento na avaliação sensorial

AVALIAÇÕES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ENCONTRADO NOS PACIENTES HIPOGLICÊMICOS

GLASGOW NA CHEGADA DA EQUIPE	FREQUÊNCIA n	%
< ou igual a 8	6	5,13 %
Entre 9 a 13	48	41,03%
Entre 14 e 15	41	35,04 %
Não aplicado	22	18,80 %
Total	117	100,00%
GLASGOW APÓS INTERVENÇÃO	**FREQUÊNCIA n**	**%**
< ou igual a 8	1	0,85%
Entre 9 a 13	4	3,42%
Entre 14 a 15	93	79,49%
Não aplicado	19	16,24%
Total	117	100,00%

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

O estudo nos revela que em 18,80% (n=22) dos pacientes não foi aplicado a escala de Glasgow na chegada. Dentre os 117 pacientes 41,03% (n=48) estavam com escores de Glasgow considerado moderado, e 5,13% (n=6) pacientes com escore considerado grave, ou seja, um nível elevado de rebaixamento do sensório. Em 18,80% (n=22) boletins de atendimento esse item não havia sido aplicado na abordagem inicial pela equipe socorrista. Uma possível justificativa para o não preenchimento do quesito escala de Glasgow seria o esquecimento do profissional, mas é válido ressaltar que o correto preenchimento do boletim de atendimento é de responsabilidade desse (BRASIL, 2015).

A Escala de Coma de Glasgow define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico. A Escala avalia a reatividade do paciente mediante a observação de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal. A avaliação do nível de consciência deve ser um exame simples, objetivo, preciso e confiável (OLIVEIRA; PEREIRA; FREITAS, 2014). A que varia de 3 a 8 pontos é considerada grave, tendo a necessidade de intubação imediata, já a classificação de 9 a 13 pontos é considerada moderada e 14 a 15 é considerada leve (OLIVEIRA; PEREIRA; FREITAS, 2014).

O suprimento sanguíneo destina-se a fornecer ao cérebro, de forma suficiente e ininterrupta, oxigênio e glicose, elementos indispensáveis para o bom funcionamento do sistema. Neurônios, assim como grande parte das células corporais humanas, são dependentes de oxigênio e glicose, e quando ocorrem as hipoglicemias surgem alterações neurológicas (PACHECO; CIFUENTES; BUITRON, 2014; BAIRRÃO; SARAIVA; VIVEIROS, 2015).

Os dados descritos no quadro anterior revelam que 79,49% (n=93) dos pacientes hipoglicêmicos atendidos pelo SAMU tiveram um restabelecimento total no nível sensório. Portanto, com nível de consciência restabelecido por completo. Também podemos dizer que 16,24 % (n= 19) não foram avaliados no escore da escala de Glasgow.

Cuidados aplicados pela equipe socorrista e história pregressa dos sujeitos

ADMINISTRAÇÃO DE GLICOSE ENDOVENOSA

ADMINISTRAÇÃO DE GLICOSE ENDOVENOSA	**FREQUÊNCIA**	
	n	**%**
Sim	102	87,18 %
Não	13	11,11 %
Não aplicado	2	1,71 %
Total (N)	117	100,00 %

QUANTIDADE DE AMPOLAS DE GLICOSE 50% APLICADAS	**FREQUÊNCIA**	
	n	**%**
Nenhuma ampola	11	9,40%
Uma ampola	4	3,42%
Duas ampolas	27	23,08%
Três ampolas	52	44,44%
Quatro ampolas ou mais	17	14,53%
Não aplicado	6	5,13%
Total (N)	117	100,00%

GLICOSE VIA ORAL OU ORIENTADO ALIMENTAÇÃO	**FREQUÊNCIA**	
	n	**%**
Sim	10	8,55%
Não	107	91,45%
Total (N)	117	100 %

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

Os dados encontrados no estudo dão conta que 87,18% (n=102) dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na região em questão, devido à hipoglicemia, precisaram de administração de glicose endovenosa, no entanto, 11,11% (n=13) não precisaram de terapia medicamentosa.

Em 44,44% (n=52) dos atendimentos, houve a necessidade de aplicar três ampolas de glicose 50%, cada ampola com 10 mL, seguido de 23,08 % (n=27) em que foram aplicadas duas ampolas de glicose. Novamente aparece o item “não aplicado”, ou seja, encontrava-se em branco no boletim de atendimento, e com 5,13

% (n=6) pacientes não foi possível saber a conduta usada pela equipe.

O protocolo do Serviço para as hipoglicemias estabelece que, em casos de glicemia capilar menor que 60 mg/dL com sinais e sintomas como: tremores, sudorese, palidez, taquicardia, tonturas, cefaleia, fraqueza, parestesias, distúrbios visuais e rebaixamento da consciência (de confusão mental à convulsões e inconsciência), dentre outros, preconiza a administração de glicose (BRASIL, 2015).

Realizar avaliação primária com ênfase para verificar a responsividade e permeabilidade das vias aéreas. Após realizar a avaliação secundária, com ênfase para coletar a história, mensurar a glicemia capilar e oximetria e, se necessário, ofertar oxigenioterapia por máscara não reinalante com 10 a 15 L/min se a Saturação de oxigênio for menor que 94%. Por fim, realizar contato com a Regulação Médica e passar os dados de forma sistematizada e aguardar orientação para procedimentos e/ou transporte para a unidade de saúde (BRASIL, 2016).

Para a maioria dos pacientes atendidos não foi indicada glicose ou alimentos via oral 91,46 % (n=107). De acordo com Larry Jameson (2015), o tratamento de urgência nos casos de hipoglicemias com tratamento oral com glicose, doce ou alimento é apropriado se o paciente for capaz e demonstrar vontade de degluti-lo, nessa situação a dose inicial é de 20 gramas de glicose. Nas situações em que o paciente for incapaz de deglutir via oral devido à neuroglicopenia o recomendado é administrar em média 25 gramas de glicose endovenosa, seguido de uma orientação guiada pelas determinações seriadas, no caso do atendimento pré-hospitalar será guiada pela glicemia capilar e pelas condições clínicas, bem como através da escala de Glasgow.

Sob essa ótica, buscar-se-á observar a história pregressa dos sujeitos do estudo, bem como os medicamentos em uso, os diagnósticos prévios pertencentes a cada prontuário analisado e os achados.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO

DIAGNÓSTICO PRÉVIO	**FREQUÊNCIA**	
DIABETES MELLITUS	**n**	**%**
Sim	76	64,96%
Não	18	15,38%
Não aplicado	23	19,66%
Total (N)	117	100,00%
HISTÓRICO DE	**FREQUÊNCIA**	
TRATAMENTO DESCRITO	**N**	**%**
Sim	61	52,14%
Não	15	12,82%
Não aplicado	41	35,04%
Total (N)	117	100,00%

TERAPÊUTICA UTILIZADA	FREQUÊNCIA	
	n	%
Insulinodependentes	40	34,19%
Hipoglicemiantes orais	17	14,53%
Outros	0	0,00%
Insulina + hipoglicemiante oral	4	3,42%
Não aplicado	56	47,86%
Total (N)	117	100,00%

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

Dentre os 117 boletins consultados dos atendimentos prestados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no local do estudo, devido à hipoglicemia 64,96% (n=76) pacientes já se apresentavam com diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus, no entanto, 15,38% (n=18) dos pacientes afirmam não serem diabéticos ou desconhecem a patologia. Observou-se, também, que em 19,66% (n=23) boletins de atendimento não foi aplicado esse questionamento ou simplesmente não foi anotado.

No ano de 2010 a Organização Mundial de Saúde alertou que no Brasil havia 8 milhões de diabéticos. Mediante ao exposto, a Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2015, descreveu que no Brasil 11,9 milhões de pessoas já possuíam diabetes (SBD, 2015; SANTOS; JUNIOR, 2014).

Foi realizada uma pesquisa, a pedido do Ministério da Saúde à Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por inquérito telefônico em 2016, que revela o Rio de Janeiro-RJ como tendo a maior prevalência de diagnóstico médico de diabetes (10,4%) e Boa Vista-RR, a menor (5,3%), e que no Brasil cresceu em 61,8% o número de pessoas diagnosticadas com diabetes, passando de 5,5% em 2006 para 8,9% em 2016 (BRASIL, 2017).

No quesito tratamento, 52,14% (n=61) dos boletins traziam descrição sobre as medicações usadas pelos usuários. Seguindo a análise, 35,04% (n=41) dos boletins de atendimento analisados apenas fazia menção à hipoglicemia e não trazia informação sobre o tipo de tratamento utilizado pelos pacientes diabéticos, ou seja, não foram aplicados ou foi esquecido de anotá-los.

Dessa forma podemos notar que 34,19% (n=40) dos boletins de atendimento traziam a informação que os pacientes são insulinodependentes. Além disso, 14,53% (n=17) fazem tratamento com hipoglicemiantes orais. No entanto, um número muito elevado de boletins, nos quais os pacientes relataram ser diabéticos, não foi aplicado o questionamento sobre o tratamento utilizado ou simplesmente não foi anotado nos boletins, 47,86% (n=56), o que se expressa como uma possível falha, pois

essa informação é um indicador importante no quesito mensuração e perfilação dos usuários.

Tanto a insulina quanto os hipoglicemiantes orais podem reduzir excessivamente a concentração sérica de glicose, causando a hipoglicemia. Quando a concentração sérica de glicose se encontra excessivamente baixa, o primeiro órgão a ser afetado é o cérebro. Para protegê-lo, o organismo começa imediatamente a produzir glicose a partir das reservas de glicogênio presentes em armazenamento no fígado (RODRIGUES *et al.,* 2014).

Desfecho dos atendimentos aos pacientes

DESTINO FINAL ACERCA DO ATENDIMENTO DOS PACIENTES

DESTINO DO ATENDIMENTO	**FREQUÊNCIA**	
	n	**%**
Pronto atendimento Hospital Santa Cruz do Sul (PA)	11	9,40%
Ambulatório Hospitar de Santa Cruz do Sul	0	0,00%
Unidade de Pronto atendimento (UPA)	6	5,13%
Casa de Saúde Ignes Moraes	4	3,42%
Centro Materno Infantil (CEMAI)	0	0,00%
Mantido no local	95	81,20%
Outros	1	0,85%
Total (N)	117	100,00%

Fonte: Dados dos registros nos boletins do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região Centro Leste do Estado do Rio Grande do Sul, no período ano 2017.

Em consonância aos registros explicitados no quadro acima, pode-se observar que a maioria dos pacientes, 81,20% (n=95), após serem atendidos e estabilizados hemodinamicamente, resultou em indicação médica de permanência no local do atendimento.

Pontua-se que a hipoglicemia grave é uma causa frequente de chamada de emergência médica pré-hospitalar e afeta indivíduos com Diabetes Mellitus de todos os escalões etários. Menos da metade dos casos envolvem transporte para o Serviço de Urgência, sendo mais frequente a alta no local (GONÇALVES *et al.,* 2014; LIMA; GAMALLO; OLIVEIRA, 2010), o que se confirma durante as explanações anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O/A estudo/pesquisa possibilitou esclarecer que a hipoglicemia não é identificada como uma patologia, mas é uma síndrome decorrente de alguma alteração metabólica. Mediante o exposto, quando os níveis de glicose estão abaixo dos parâmetros da normalidade podem ocorrer alterações orgânicas. Entretanto, se não forem corrigidos os níveis glicêmicos a pessoa pode desenvolver sequelas neurológicas irreparáveis, além de convulsões e, até, coma em virtude de falta de glicose em nível de sistema nervosos central – cérebro.

Frente aos dados apresentados, ficou claro que a hipoglicemia grave é uma causa frequente de chamada de emergência médica pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no local do estudo, afetando geralmente os indivíduos com Diabetes Mellitus de todos os ciclos vitais.

Por fim, é notório a necessidade de maiores informações às pessoas diabéticas, bem como aos seus familiares sobre o autocuidado, pois a instabilidade glicêmica é prejudicial ao organismo humano. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência preconiza a realização de orientações após cada atendimento ao hipoglicêmico, mas é preciso que a pessoa atendida compreenda a gravidade dessa síndrome metabólica para, posteriormente, praticar efetivamente o autocuidado.

REFERÊNCIAS

BAIRRÃO, M.; SARAIVA, S.; VIVEIROS, V. Insulinoma e Manifestações Neuropsiquiátricas: A Propósito de Um Caso Clínico. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca,** Amadora-Portugal, v. 13, n. 2, p. 32-39, 2015.

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

BAVELLONI, P. L.; JUNIOR, A. M. F. O papel do glucagon na reversão da crise hipoglicêmica. **Revista Uningá,** Maringá, v. 3, n. 5, p. 49-59, 2011.

BILOUS, Rudy. **Doutor família:** Diabetes. 1. ed. São Paulo: Editora Fundamento Educacional-LTDA, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno n. 36. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico,** Brasília, n. 62, 2013. Disponível em:

http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2013/11/numero-de-pessoas-com-diabetes-aumenta-40-em-seis-anos. Acesso em: 28 jul. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Unidade de Endocrinologia e Diabetes. Hospital Agamenon Magalhães. Pernambuco, 2017. Disponível em:https://cidades.ibge.gov.br/ brasil/rs/santa-cruz-do-sul/pesquisa/23/27652. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portal Brasil com informações do Ministério da Saúde e Blog da Saúde, Brasília, 2015. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/editoria/saude /2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros. Acesso em: 28 jul. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde:** Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf. Acesso em: 19 ago. 2018.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-cruz-do-sul/pesquisa/23/27652. Acesso em: 30 jul. 2018.

BRASIL. Estado do Rio Grande do SUL. Secretaria da Saúde. Complexo Regulador Estadual: Coordenação Estadual do SAMU RS. **Nota Técnica n° 13.** Boletim de atendimento, Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170543/09104309-nota-tecnica-13-boletim-de-atendimento-ba.pdf. Acesso em: 23 out. 2018.

DIRETRIZES da Sociedade Brasileira De Diabetes 2017-2018. *In:* OLIVEIRA, J. E. P.; JUNIOR, R. M. M.; VENCIO, S. (org.). São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf. Acesso em: 02 abr. 2018.

GONÇALVES. A, P. *et al.* Hiperinsulinismo endógeno: dois desafios diagnósticos. Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica,** São Paulo, n. 4, v. 58, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abem /v58n1/0004-2730-abem-58-1-0071.pdf. Acesso em: 25 out. 2018.

LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde:** da teoria à prática. 2. ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2018.

LIMA, A. M.; GAMALLO, S. A. M.; OLIVEIRA, F. L. C. Desnutrição energético-proteica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. **Revista Paulista Pediatria,** São Paulo, n. 28, v. 3, p. 353-361, 2010.

LARRY JAMESON, J. **Endocrinologia de Harrisson:** Diabetes Mellito, obesidade e metabolismo das lipoproteínas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed Ltda, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 2014.

MEGIAS, M. C. *et al.* Coronary artery calcification in patients with diabetes mellitus and advanced chronic kidney disease. **Endocrinología, Diabetes y Nutrición,** Salamanca, n. 278, p. 49-59, 2018.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes. **Blackbook enfermagem.** Belo Horizonte: Editora Blackbook, 2016.

OLIVEIRA, D. M. P.; PEREIRA, C. V.; FREITAS, Z. M. P. Escalas para avaliação do nível de consciência e sua relevância para a prática de enfermagem em neurocirurgia. **Arq. Bras. Neurocir,** Aracaju, v. 33, n. 1, p. 22-32, 2014.

PACHECO, C.; CIFUENTES, A.; BUITRON, R. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Especialidad Emergencias y Desastres Tesis de Grado: **Validación de la escala de four frente a la Escala de Glasgow para predecir mortalidad en pacientes que se encuentrancon alteracion del estado de conciencia ingresados en el área de emergencia del hospital carlos andrade marín em el periodo enero-mayo 2014.** Quito, 2014.Disponível em: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10816/11. 58.000771.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 19 ago. 2018.

RODRIGUÊS, J. F. M. **Hipoglicemia de Bioquimica à Clínica.** Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, 2014. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4713/Hipoglic%C3%A9mia%20-%20Da%20Bioqu%C3%ADmica%20%C3%A0%20Cl%C3%ADnica%20-%20Joana %20Mota%20Rodrigues.pdf?sequence=1. Acesso em: 11 ago. 2018.

SANTOS, S. R.; JUNIOR, I. D. J. Incidência de hipoglicemia aferida com fita em recém-nascidos grandes para a idade gestacional em um hospital de ensino. **Revista da AMRIGS,** Porto Alegre, n. [?], 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento oficial SBD n°2/2017.** São Paulo, 2017. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/profissionais/ images/2017/POSICIONAM ENTO-OFICIAL-SBD-02-2017-ALGORITMO-SBD-2017.pdf. Acesso em: 18 mar. 18.

MUDANÇAS PSICOSSOCIAIS FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Márcia Ritzel dos Santos[1]
Aline Fernanda Fischborn[2]

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é a principal causa de morte em nível mundial, ultrapassando até mesmo as doenças cardiovasculares. As perspectivas para os próximos vinte anos são de que esse número só aumente, tornando-se um grave problema de saúde pública (INCA, 2018).

Ocorrerão no Brasil, no biênio 2018/2019, cerca de 600 mil novos casos de câncer para cada ano, sendo os cânceres de próstata e mama os mais frequentes. As regiões Sul e Sudeste concentrarão cerca de 70% da ocorrência de novos casos, com predomínio na Região Sul dos cânceres de próstata e mama, bem como os de pulmão e intestino. Torna-se fundamental, assim, o monitoramento para que sejam estabelecidas ações de prevenção, controle da doença e de seus fatores de risco (INCA, 2018).

O câncer tornou-se a doença mais temida, indesejada e que causa sofrimento, segundo relatos de pacientes que estão vivendo a doença ou daqueles que já passaram por ela (WATERKEMPER, 2010). A enfermidade traz consigo o tema da morte, do sofrimento causado pelos tratamentos e procedimentos e muitas vezes mutilações como consequência destes, gerando extremo sofrimento ao paciente e seus familiares (CARVALHO, 2008).

Sabe-se que a doença causa problemas que vão além do físico, como questões de ordem emocional, social, financeira, espiritual e religiosa, abalando as estruturas familiares, suas crenças e valores, gerando conflitos e invertendo papéis sociais no trabalho e nos relacionamentos. A família adoece junto com o paciente, o que torna necessário o tratamento de todos seus integrantes (MACIEIRA, PALMA, 2011).

O planejamento, contudo, deve atender às necessidades de cada indivíduo, indo além da doença em si e levando em conta as questões afetivas, emocionais, sociais e coletivas. Dessa maneira, se poderia proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente nesse período de enfrentamento da doença, garantindo um tratamento mais digno e humanizado (WATERKEMPER, 2010).

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

Percebeu-se, pelas estimativas do INCA e do alarmante crescimento da doença no Brasil no biênio 2018/2019, e também por conta de suas implicações práticas complexas e de difícil enfrentamento (principalmente por afetar diversas faixas etárias), a necessidade de aprofundar esse tema para proporcionar ao paciente oncológico um tratamento de qualidade pela equipe de enfermagem.

Nesse cenário, verifica-se a grande importância da avaliação das mudanças psicossociais que acontecem no paciente diante do alarmante diagnóstico do câncer. Assim, é necessário investigar como tais alterações interferem no tratamento e enfrentamento da doença, sopesando-se os métodos aplicados no combate em questão. Ademais, a correta compreensão das situações e fatores que podem interferir no tratamento, bem como do impacto que a doença causa no paciente, torna-se fundamental para que possam ser traçados planos de intervenção e cuidados individuais.

Dessa maneira, esse estudo teve como objetivo: analisar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente com câncer e como se dá o enfrentamento da doença após o diagnóstico do câncer. Esse estudo é um recorte da monografia intitulada *Diagnóstico do Câncer: Refletindo sobre as Mudanças Psicossociais* que foi apresentada como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório utilizando-se de uma entrevista semiestruturada, na cidade de Vera Cruz, Rio Grande do Sul no mês de junho de 2018. Foram entrevistados um total de sete pacientes, que representam 10% do total dos pacientes atendidos pela Liga Feminina de Combate ao Câncer da cidade em questão. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ser paciente diagnosticado com câncer; ser adulto; falar português; estar em condições de responder aos questionamentos propostos; aceitar participar do estudo; e assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) em duas vias, como preconiza a Resolução 466/12 que remete sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo CEP da Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC, sob o parecer 2.660.637.

Foram atribuídos aos entrevistados codinomes referentes a super-heróis, sendo eles: Mulher Gato, Mulher Maravilha, Bat-Girl, Mística, Homem de ferro, Mulher Biônica e Tempestade. Essa referência foi proposta e usada pelos autores da pesquisa como forma de incentivar e enaltecer a força, coragem, perseverança que os entrevistados demonstraram ao longo da luta contra sua doença, sendo essa escolha verdadeira homenagem. Os dados desta pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo, estruturando-se nas seguintes etapas: pré-análise, exploração dos dados, fase do tratamento dos resultados e a sua interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas ocorreram com sete pacientes com diagnóstico de câncer, sendo seis do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. As idades variaram entre 39 e 69 anos. Os tipos de câncer apresentados pelos entrevistados eram: três pacientes com câncer de Mama, um com câncer Linfático, um com Linfoma Não-Hodgkin, um com câncer de próstata, e uma entrevistada tinha câncer de fígado, pulmão e face. O tempo de duração da doença ficou entre 2 a 10 anos.

Outro dado que chama atenção é a faixa etária dos pacientes diagnosticados com câncer, seis tiveram o diagnóstico do câncer antes dos cinquenta anos de idade, e somente um após, com cinquenta e quatro anos de idade. A paciente Mística traz um relato interessante que nos diz:

Foi muito difícil ... eu penso que judiaria isso acontecer com os jovens, porque eu já vivi bastante, eu estava preparada para tudo, a vida é assim, não sei se ano que vem vou estar viva"... eu superei tudo, cada dia de vida é uma benção... (Mística)

A hereditariedade é um fator de risco considerável quando já ocorreram casos de câncer em parentes de primeiro grau antes dos cinquenta anos de idade. Rodrigues e Oliveira (2016), relatam que cerca de 80% dos casos de câncer de mama estão relacionados aos fatores ambientais, ao uso de álcool, tabaco, contraceptivos orais, reposição hormonal e exposição a poluentes. O uso de contraceptivos por longos períodos antes da primeira gestação ou com seu início muito precoce, também são considerados riscos a doença.

O sofrimento e a incerteza do futuro frente ao impacto no diagnóstico do câncer

Ao questionar os entrevistados sobre o significado que o diagnóstico do câncer teve em suas vidas, todos foram unânimes em responder que receberam a notícia com choque, desespero e medo. Segundo as entrevistadas Mulher Maravilha e Bat-Girl, o diagnóstico veio como uma sentença de morte, e elas relatam em suas falas:

Não tem retorno, pensei que ia morrer, não tive aquela esperança que ia melhorar... (Mulher Maravilha)

Parece que meu mundo caiu, no início eu achava que não ia vencer, eu procuro não lembrar, eu quero esquecer... (Bat-Girl)

Segundo Sette e Gradvohl (2014), a incerteza do futuro aliado ao medo da morte, geram grande desequilíbrio físico e mental, o que acaba por agravar o sofrimento do paciente e de todos os que o rodeiam, interferindo diretamente na vida de todos os envolvidos.

Para os entrevistados o período do tratamento é muito difícil. A Mulher Maravilha relata que o medo de ter o câncer em outros órgãos, além da mama, lhe trouxe intenso sofrimento e que por vezes pensava, se o tumor estava na mama ela iria morrer, portanto não adiantava fazer o tratamento. Por sua vez, o Homem de Ferro relatou que assim que teve seu diagnóstico de câncer e passado o choque, iniciou o tratamento não apresentando nenhum sintoma desagradável, o que contribuiu favoravelmente na diminuição de seu sofrimento, continuando assim, sua vida normalmente. Segundo Carvalho (2008), o câncer é uma das piores doenças, causando sofrimento aos pacientes, pois traz consigo o tema da morte, o medo relacionado aos tratamentos, procedimentos e a dor em consequência desses.

As entrevistadas Mulher-Maravilha e Mulher-Gato relatam que tinham relacionamentos conflituosos com seus parceiros, sentiam-se dependentes e desvalorizadas, tinham sua autoestima baixa, sentiam-se frustradas com relação aos sonhos não realizados. Ainda, a paciente Tempestade relata que "vivia no automático", sem perceber a vida a sua volta, suas preocupações eram os filhos e seu trabalho, que não lhe proporcionava satisfação, sendo apenas um meio de sustento. O stress ou fatores estressantes, as frustrações, isolamentos, relacionamentos pessoais ou familiares conflituosos, são considerados fatores psicossociais que podem preceder o aparecimento da doença, segundo relatam Amorim e Siqueira (2017).

As modificações psicossociais

Um dos problemas enfrentados pelos pacientes após o diagnóstico do câncer é o abandono pelos seus companheiros. Duas entrevistadas relatam que após o diagnóstico do câncer e início de seus tratamentos de quimioterapia, em um dos momentos em que mais necessitavam de apoio, as mesmas foram abandonadas por seus maridos.

Carvalho (2008), relata que além do sofrimento enfrentado com a doença, as pacientes enfrentam a dor do abandono, o que pode acarretar grande prejuízo ao seu tratamento e possível cura. Essas mulheres de um momento para outro mudam completamente suas vidas, baixando de padrão socioeconômico, colocando sua saúde e de seus filhos em risco, muitas acabam por não realizar tratamento por falta de opção, de conhecimento ou por terem que assumir questões que eram pertinentes aos seus companheiros.

A fala da paciente Mulher Gato é clara quanto ao sentimento de impotência frente ao abandono...

No momento que eu mais precisei dele, ele foi embora e me deixou com as crianças... passei necessidade, só tinha o que comer graças a Liga de Combate ao Câncer... (Mulher Gato)

Outra área muito afetada com o aparecimento do câncer é a financeira, três dos sete entrevistados tinham convênio médico, que ajudava com os custos do tratamento e cirurgias, para esses a situação financeira não foi muito abalada, conseguindo manter o mesmo padrão de vida de antes, conseguindo focar em seu tratamento de forma mais tranquila com menos preocupações. Os outros cinco entrevistados restantes realizaram todo o tratamento pelo Sistema Único de Saúde, e para esses foi o inverso, passaram privações em suas necessidades mais básicas, contando com a ajuda de amigos, da Liga Feminina de Combate ao Câncer e da caridade alheia.

Santos (2011) diz que os pacientes, ao dependerem da caridade para sobreviver, podem agravar seu quadro geral, junto com as privações vem a sensação de impotência, de estar sendo um peso na vida dos familiares e amigos. Não conseguem desempenhar suas antigas atividades, causando-lhes grande sofrimento e muitos entram em depressão.

As mudanças corporais fazem com que os pacientes se sintam desanimados, afetando sua autoestima, grande parte perde os cabelos, alguns sofrem mutilações dependendo da área afetada pela doença. A entrevistada Bat-Girl relata ter perdido bastante peso e que no início até gostou pois era gordinha, mas com o passar do tempo foi ficando muito debilitada não conseguindo comer mais, além de perder todo os pelos do seu corpo. O sofrimento se faz evidente como podemos ver a seguir:

Foi um horror, não saia da cama, me sentia um nada, e um dia meu marido me disse, eu não quero mais essa mulher que tu te tornou...e foi embora... (Bat-Girl)

Segundo Oliveira *et al.* (2010), os pacientes com câncer, principalmente as mulheres, podem sofrer grande impacto emocional e psicossocial com as mudanças corporais. O sentimento de perda vem os acompanhando desde o diagnóstico, e continua com o tratamento e prognóstico. Nas mulheres, essas modificações geram verdadeiro sofrimento psíquico, e sentem no físico os efeitos dos tratamentos como náuseas, perda da libido e outras disfunções relacionadas à vida sexual, alopecia, vômitos, cansaço e problemas na pele.

A importância das redes de apoio como suporte físico e mental

A rede de apoio dos entrevistados é basicamente composta por amigos, familiares, grupos religiosos, colegas de trabalho, profissionais de saúde e integrantes da Liga de Combate ao Câncer. Para Canieles *et al.* (2014), se entende como rede social de apoio todas as pessoas que interagem com o paciente com diagnóstico de câncer. Essas redes de apoio acabam por influenciar positivamente, proporcionando mudanças morais, físicas, emocionais e espirituais em seu cotidiano, possibilitando a troca de experiências e sentimentos entre pacientes, como os entrevistados nos relatam abaixo:

Junto com a doença veio a separação, não conseguia trabalhar e foi a Liga de Combate ao Câncer que me ajudou, com rancho, remédio... (Mulher gato)

Não tinha como sustentar meus filhos, a Liga que ajudou muito, com alimentação, remédio, dinheiro para passagem, eu tenho eles como anjos da guarda.... (Mulher Maravilha)

Podemos observar que a importância do apoio familiar é citada pelos entrevistados, e todos relataram ter recebido o apoio de seus familiares e que os relacionamentos entre eles se intensificaram após o diagnóstico da doença. O apoio é fundamental para o enfrentamento da doença, promovendo segurança física e emocional. Quando ocorre o câncer, a família e os amigos se reorganizam afim de estarem mais presentes na vida do paciente.

Maia (2016) traz em seu estudo que a família se responsabiliza pelo apoio durante a doença, fazendo com que o sofrimento se estenda para todos, o que pode ocasionar desgaste físico e emocional, provocados pelo acúmulo de funções, e horas de cuidado dispensadas ao paciente. Contudo é de suma importância para o fortalecimento das relações e enfrentamento da doença.

Os entrevistados relatam procurar terapias alternativas como método de alívio do estresse e da dor, sendo em grupos de música e canto, grupos de oração, através do toque curativo com passes oferecidos em casas espíritas.

Três dos sete entrevistados relatam que continuaram com suas atividades sociais, mantendo o convívio com amigos, grupos religiosos, colegas de trabalho, mudando pouco seus relacionamentos sociais. Como segue o relato abaixo:

Eu continuei com atividade social e esportiva, tive bastante apoio, no contexto todo quase não teve (sic) mudanças... (Homem de Ferro)

Quatro entrevistados relatam terem suas vidas totalmente mudadas, não sentiam vontade de sair e conversar, nem de realizar coisas básicas como se arrumar, pentear cabelos, preferiam ficar em casa sozinhos. Alguns sentiam-se feios por conta da queda de cabelos, pelo emagrecimento ou pela retirada da mama, e não queriam falar sobre a doença. Uma das entrevistadas era dona de casa vivendo uma situação de dependência econômica e social total do marido, após a fase difícil da quimioterapia veio a separação, trazendo consigo um sofrimento ainda maior. Ela nos relata:

Além de vir o câncer que é uma coisa brutal, virou minha vida, perdi o meu chão, meu suporte, minha segurança, ele era tudo, e eu era dependente de tudo... (Mulher Maravilha)

O sentimento de total fracasso na vida é evidente e doloroso e uma das falas constantes desses entrevistados é de que após o aparecimento da doença, lhes foi tirado tudo o que tinham, passando a sobreviver da bondade alheia e das doações de amigos.

A Liga de Combate ao Câncer aparece em todas as falas dos entrevistados, que trazem eterna gratidão por todas as pessoas que trabalham nessa entidade de apoio. O trabalho da Liga é desempenhado de forma voluntária, sempre com muita dedicação e carinho de seus membros pelos pacientes e familiares que ali buscam auxílio em momentos sabidamente delicados. Além disso, também é fornecido pela entidade apoio financeiro, indo desde itens básicos de alimentação (por vezes o único meio de subsistência do núcleo familiar), compra de passagens intermunicipais para realização de tratamentos médicos em outras cidades, até o fornecimento de medicação.

A espiritualidade como mecanismo de enfrentamento contra o câncer

Como bem afirma Pinto (2016), nunca se debateu tanto a espiritualidade e a ciência como hoje, bem como sua importância no processo que vai desde o diagnóstico, reabilitação e cura da doença, pois serve como ferramenta de ajuda no atendimento à saúde em momentos de extrema dor e sofrimento e na possível perda.

Independente da religião ou da crença praticada pelos entrevistados, todos relatam acreditar em um ser superior que os mantém vivos e lhes dá força para lutar pela cura de sua doença, o que vai ao encontro com as posições de Sampaio e Siqueira (2016), que nos falam da importância que a espiritualidade e religiosidade têm nesse momento de enfrentamento da doença. Trazem conforto e esperança, diminuindo o nível do estresse causado pela dor e sofrimento após o diagnóstico e das mudanças causadas durante a luta pela cura da doença.

Em suas falas os entrevistados dizem se “agarrar” com Deus, mesmo aqueles que não tinham tanta fé antes da doença, e é através da oração que eles se fortalecem e se mantêm esperançosos na vitória.

Outro fato muito importante que foi abordado durante a pesquisa é que os entrevistados em nenhum momento se mostraram revoltados por estarem doentes ou sofrendo com o câncer, se mostram resignados, aceitando a doença como forma de melhoramento individual, alguns relatam que se tornaram pessoas melhores, mais calmas, passando a valorizar mais a vida e as pessoas ao seu redor. Segundo Cayana *et al.* (2017), a espiritualidade serve como âncora, sustentando, fortalecendo, promovendo grande melhora no bem-estar geral, sendo considerada de grande ajuda ao paciente oncológico.

A espiritualidade faz parte da integralidade do ser humano, sendo considerada uma necessidade humana, que com o advento da doença passa a ganhar um sentido maior ainda, aflorando com maior intensidade nos momentos de dor, angústia e sofrimento, como aparece nas seguintes falas:

Eu tenho uma vida terrena, eu tenho uma missão aqui e eu vou cumprir ela, eu vou lutar... (Homem de ferro)

Ajuda muito ter fé, nunca abaixei a minha cabeça, nunca me revoltei... (Mulher Biônica)

Observou-se que os entrevistados em suas falas demonstram se responsabilizar por seus tratamentos, não depositando suas esperanças apenas em uma força superior, essa vem de forma a somar positivamente nesse processo de enfrentamento e busca pela cura.

O câncer como uma lição de vida

Após a doença, observa-se uma série de mudanças nos entrevistados, principalmente na forma de viver e encarar a vida. Após viverem a doença, passam a enxergar a vida com outro significado, por vezes tão profundo que passam a transformar as vidas daqueles que os rodeiam.

Os entrevistados nos relatam o significado que a doença teve em suas vidas, eles nos dizem:

A vida de hoje é muito diferente, a doença me trouxe a minha liberdade de trabalhar, de me sustentar, do meu controle ...a doença me judiou muito, mas me ensinou muito... (Mulher Maravilha)

Eu estava preparada para tudo, a vida é assim, eu superei tudo, cada dia de vida é uma benção... (Mulher Biônica)

Esses relatos vêm ao encontro com os estudos de Fernandes (2017), que diz que os pacientes se tornam exemplos a serem seguidos pela sua força, esperança, resignação, perseverança e garra para vencer qualquer obstáculo, refletindo assim em seu modo de vida.

Valores são alterados, o que antes era fundamental e colocado em primeiro lugar, já não é mais, a vida passa a ter um novo sentido, forte, amplo e profundo. A qualidade de vida agora é o mais importante, valorizam seus corpos físicos tendo o entendimento que precisam deles até seus últimos dias na terra. Modificam-se pensamentos e ações, passam a valorizar suas crenças religiosas e espirituais, passam a ver sua relação com o próximo de outra maneira, fortalecendo seus laços de amor e amizades.

Relatam que a doença serviu como meio de modificação pessoal, de crescimento, de renovação, saindo da zona de conforto para viver com mais plenitude, tendo uma vida muito mais feliz. São unânimes em dizer que se tornaram pessoas muito melhores do que eram, e agradecem essa nova chance que a vida lhes proporcionou através do câncer.

Ao serem questionados se gostariam de deixar uma mensagem, os entrevistados prontamente responderam que sim, como segue o relato abaixo:

Metade da cura está em nossas mãos, pode acreditar, reagir, levantar a cabeça, não é o fim do mundo, Deus não dá a cruz maior que a gente pode carregar. Procura ver o lado bom das coisas... (Tempestade)

Todos os entrevistados em suas falas nos trazem mensagens de otimismo e perseverança. Segundo Pinto (2016), os pacientes lutam para manter acesa a chama da esperança, aumentando assim sua fé e das pessoas ao seu redor. Cada um tem uma maneira particular de lidar com o impacto da doença, mas a grande maioria vive essa experiência de maneira positiva, modificando seu meio de vida, valorizando cada momento com mais alegria e gratidão pela vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa, verificou-se que a incidência de câncer apresenta índices epidemiológicos crescentes a cada dia, trazendo consigo dor e sofrimento. Junto com a doença chegam uma série de mudanças, de toda ordem, destruindo sonhos, abalando as constituições familiares, alterando papéis sociais, modificando drasticamente a vida dos pacientes e das pessoas ao seu redor. As famílias passam a necessitar também de tanto apoio e cuidado quanto o paciente.

Um aspecto importante, que é visto de maneira positiva no enfrentamento do câncer, é a espiritualidade e a religiosidade, bem como suas crenças e valores. Observou-se que os pacientes creditam a Deus uma grande parte de sua recuperação ou cura da doença, e que a oração e a fé foram meios utilizados como fortalecimento nos momentos difíceis que enfrentaram.

As redes de apoio vêm como suporte fundamental, são formadas por todas as pessoas que prestam auxílio, tais como familiares, amigos, colegas de trabalho, entidades como a Liga Feminina de Combate ao Câncer, muito citada pelos pacientes, tornando-se âncoras, sustentando inclusive as necessidades mais básicas.

Apesar do sofrimento de diversas ordens e a dor física e emocional sofridas, o paciente oncológico vê a sua doença como meio de crescimento como ser humano e de evolução espiritual. Muitos modificaram totalmente suas vidas. Aqueles que haviam perdido seus companheiros por conta da doença entendem o fato como uma retomada da posse de suas vidas. A vida passou a ter um novo, amplo e profundo sentido, surgindo um sentimento enorme de gratidão, que se apoderou de suas vidas e corações.

Os pacientes fizeram questão de contar suas histórias para que sirvam como exemplo de superação, força, garra e esperança para outros que, assim como eles,

sofrem na batalha contra o câncer. Que possamos refletir, lembrando que somos os únicos responsáveis por nossa saúde e bem-estar. Assim, a pesquisa que tinha por objetivo analisar as mudanças psicossociais que ocorrem no paciente com câncer e como se dá o enfrentamento da doença após o diagnóstico do câncer, permitiu que pudéssemos compreender o impacto que a doença causa no paciente, alterando drasticamente sua vida e de seus familiares, trazendo uma série de modificações de todas as ordens, causando grande sofrimento físico e emocional. Da mesma forma observou-se a importância da espiritualidade e da religiosidade, sendo importantes mecanismos de enfrentamento da doença, vindo somar de maneira positiva, mantendo a esperança e a fé na luta contra o câncer.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Mary Anne Pasta; SIQUEIRA, Keila Zaniboni. Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. **Psicologia Argumento,** Paraná, v. 32, n. 79, 2017. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20523. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer (INCA). **Incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp. Acesso em: 24 maio 2018.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018.

CANIELES, I. M. *et al*. Rede de apoio a mulher mastectomizada. **Revista de Enfermagem da UFSM,** Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 450-458, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10790. Acesso em: 20 abr. 2018.

CARVALHO, Célia da Silva Ulysses de. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia,** Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 97-102, 2008. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf. Acesso em: 18 mar. 2018.

CAYANA, Ezymar Gomes *et al.* Religiosidade e espiritualidade no enfrentamento do câncer: uma revisão narrativa de estudos qualitativos. CIAIQ 2017 2 (2017). Disponível em: http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1275. Acesso em: 01 maio 2018.

FERNANDES, Regina O. **Câncer-renascendo para a vida:** um estudo sobre o comportamento humano e um pouco mais. [*s. l.*]: Simplíssimo Livros Ltda, 2017. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=lang_pt&id=VMA2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=FERNANDES,+Regina+O.+C%C3%A2ncerrenascendo+para+a+vida:+Um+estudo+sobre+o+comportamento+humano+e+um+pouco+mais.+Simplissimo+Livros+Ltda,+2017&ots=NCygBamOPb&sig=CNV817U62cmPMHEz8SxdChctms#v=onepage&q=FERNANDES%2C%20Regina%20O.%20C%C3%A2ncerrenascendo%20para%20a%20vida%3A%20

Um%20estudo%20sobre%20o%20comportamento%20humano%20e%20um%20pouco%20mais.%20Simplissimo%20Livros%20Ltda%2C%202017&f=false. Acesso em: 28 maio 2018.

MACIEIRA, R. D. C.; PALMA, R. R. **Psico-oncologia e cuidados paliativos.** Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

MAIA, F. E. da S.; MAIA, F. E. das. A família frente aos aspectos do câncer. **Revista de Atenção à Saúde** (antiga Rev. Bras. Ciênc. Saúde), São Caetano do Sul, SP, v. 14, n. 50, p. 63-69, 2016. Disponível em: seer.uscs.edu.br › Capa › v. 14, n. 50 (2016) › Maia. Acesso em: 26 maio 2018.

OLIVEIRA, C. L. de *et al*. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 11, 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/3240/324027973006/. Acesso em: 20 abr. 2018.

PINTO, Ariane Costa. A importância da espiritualidade em pacientes com câncer. **Saúde. Com**, Bahia, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/263. Acesso em: 01 maio 2018.

RODRIGUES, A. B.; OLIVEIRA, P. P. **Oncologia para Enfermagem.** Barueri: Manole, 2016. Disponível em: http://unisc.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788520445266. Acesso em: 20 abr. 2018.

SAMPAIO, A. D.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Influência da espiritualidade no tratamento do usuário oncológico: olhar da enfermagem. **Ensaios e ciência:** C. Biológicas, Agrárias e da Saúde, Londrina, PR, v. 20, n. 3, p. 153-160, 2016. Disponível em: http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/4433/3473. Acesso em: 01 maio 2018.

SANTOS, F. S. Cuidados paliativos diretrizes, humanização e alívio de sintomas. *In:* MACIEIRA, R. de C.; PALMA, R. R. (org.). **Psico-oncologia e cuidados paliativos**. São Paulo: ATHENEU, 2011. p. 323-330.

SANTOS, M. R. dos. **Diagnóstico do câncer:** refletindo sobre as mudanças psicossociais. 2018. 51 f. Monografia (Bacharel em Enfermagem)- Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, 2018.

SETTE, C. P.; GRADVOHL, S. M. O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 26-31, 2014. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n2/a03.pdf. Acesso em: 22 abr. 2018.

WATERKEMPER, Roberta *et al.* Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 84, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a12v31n1. Acesso em: 20 ago. 2017.

"A IMAGEM MAIS LINDA": CONSTRUÇÃO DE MATERNIDADES A PARTIR DA ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

Maria Helena Tarouco Carpes[1]
Vera Elenei Costa Somavilla[2]
Cássia Fernanda Bauermann[3]

INTRODUÇÃO

A realização de exames tanto laboratoriais quanto os de diagnósticos por imagens passam a ser uma prática rotineira na vida das gestantes que, em decorrência da gravidez, frequentam serviços de saúde de forma sistemática a partir de um calendário rigoroso de consultas, grupos, entre outras atividades. De acordo com o Ministério da Saúde (2000), a assistência pré-natal inclui ações de prevenção, promoção da saúde e tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e do pós o parto. Os exames solicitados durante a assistência pré-natal auxiliam na detecção precoce de possíveis das alterações tanto maternas quanto fetais que podem ser tratadas, evitando complicações ao binômio mãe e filho nesse período.

Cabe dizer que as gestantes, ao frequentarem os serviços de saúde, e ao se submeterem a exames clínicos, laboratoriais e por imagem constroem uma série de expectativas, fantasias, sentimentos, que passam a fazer parte dos processos que envolvem esse período. Tais construções parecem influenciar na forma como são adotadas por essas mulheres determinadas ações de autocuidado.

Chazan (2008) realizou um importante estudo, em sua tese de doutorado, sobre a construção da pessoa fetal, mediada pela ultrassonografia obstétrica. Essa tese serviu de fonte inspiradora para as problematizações desenvolvidas neste estudo. A autora destaca que a ultrassonografia obstétrica coloca em evidência particularidades do feto que atuam na construção de uma subjetividade materna. A ideia dessa imagem do feto como verdade incontestável é uma construção social decorrente de um longo processo histórico, que culmina com a ampliação das biotecnologias de imagem a partir do século XX.

A ampliação do acesso aos exames ultrassonográficos colabora para que as mulheres, ao visualizarem o feto na tela, estabeleçam diversas formas de

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UNISC.

interação com o seu filho, mesmo que as imagens, em "algumas situações", sejam incompreensíveis para a gestante e seus familiares. Esse fato poderia ser exemplificado quando a gestante recebe uma solicitação de exame de ecografia para observação da translucência nucal. Muitas mulheres não sabem efetivamente do que se trata, porém são capturadas pelos discursos de que este é um exame importante e que precisa ser realizado. Assim, múltiplas verdades sobre a significação das sensações vivenciadas em decorrência desse exame vão sendo construídas.

De acordo com Valente (2015), a ultrassonografia obstétrica sofreu transformações em relação a sua realização. Atualmente, pode ser considerada uma tecnologia que se transformou em uma modalidade de consumo indispensável durante a gestação. A autora destaca que uma série de verdades sobre o feto, a maternidade e a gestação são construídas a partir da realização de exames de diagnóstico por imagem, pois tais exames reforçam a questão da subjetividade/objetividade presentes nas biotecnologias, consideradas tecnologias interativas e dinâmicas. Nesse sentido, discutir sobre as expectativas das gestantes em relação a esse exame poderá auxiliar na problematização sobre o papel que o mesmo desempenha nessa fase da vida das mulheres, podendo auxiliar no desenvolvimento de um cuidado de enfermagem mais qualificado, na medida em que a enfermagem atua como um dos membros da equipe que assiste as gestantes no período pré-natal.

A partir da observação empírica, de que as gestantes valorizam a realização de exames de diagnósticos por imagem durante a gestação, e por ter observado durante a realização de disciplinas práticas na área da saúde da mulher, um número muito frequente de ecografias obstétricas realizadas durante o período gestacional, coube perguntar quais expectativas são construídas em relação à gestação, à maternidade e ao feto, a partir da realização de exames de ultrasonografia?

Para conduzir as reflexões em relação a essa questão norteadora, constituiu-se como objetivo do estudo analisar as construções das gestantes em relação à maternidade e ao feto a partir da realização de exames diagnósticos por imagem.

METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa, para Minayo (2003, p. 16-18) é o caminho do pensamento a ser seguido, ocupa um lugar central na teoria e trata basicamente do conjunto de técnicas a ser adotadas para construir uma realidade. A pesquisa é, assim, a atividade básica da ciência na sua construção da realidade.

A pesquisa qualitativa se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Godoy (1995, p. 58) explicita algumas características principais de uma pesquisa qualitativa, que embasam este trabalho: "considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto."

A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação. Gil (1991, p. 46) afirma que embora as pesquisas geralmente apontem para objetivos específicos podem ser classificadas em três grupos: estudos exploratórios, descritivos e explicativos.

A Pesquisa Exploratória visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que este possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 1999, p. 43). As pesquisas exploratórias, segundo Gil (2002) visam proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo.

Sujeitos do estudo:

Foram entrevistadas, a partir de um instrumento com roteiro semiestruturado, mulheres em idades gestacionais distintas, que estavam na sala de espera de um serviço de diagnóstico por imagem e que se dispuseram a participar voluntariamente do estudo, assinar o termo de consentimento livre e informado. Este estudo seguiu o que determina a Resolução 466/2012, foi aprovado pelo comitê de ética sob Protocolo 47183215.7.0000.5343.

Análise dos dados:

O empreendimento analítico seguiu a proposição de Spink (2010) que utiliza, para organização dos dados, mapas de associação de ideias. Estes possibilitaram que os dados mantivessem a sequência original, visando uma maior compreensão do contexto da resposta do sujeito entrevistado.

De acordo com Spink (2000), a organização dos dados inicia pela definição de categorias gerais de natureza temática que refletem, sobretudo, os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, os dados foram organizados em blocos temáticos de associação de ideias, cada bloco incorporou algumas perguntas que se originaram dos depoimentos que foram organizados em colunas. Esses depoimentos foram mantidos intactos, conforme a linguagem dos sujeitos.

Nesse sentido, foi desenvolvida a análise do discurso das mulheres gestantes em distintas idades gestacionais que realizaram a ultrassonografia obstétrica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

"UM EXAME IMPORTANTE" – Discursos das gestantes sobre ecografia obstétrica

A primeira categoria temática, denominada "um exame importante", enfoca os discursos das gestantes sobre ecografia obstétrica**.** Os dados, organizados em blocos temáticos, abordam como são os discursos dessas mulheres em relação à importância desse exame. As falas, em sua maioria, descrevem o exame como sendo o mais importante da gestação, pois é visto como a possibilidade de ver se está tudo certo com a mulher e com seu bebê. Aspecto observado nas falas a seguir:

"Um dos exames mais importante durante a gestação para saber se está tudo bem comigo e o feto. "

"É importante para saber como está o bebê, para a gestante ver seu bebê, para o bem-estar."

A ecografia obstétrica pode ser solicitada em qualquer período após a 12ª semana até o parto. Tem como parâmetros a serem avaliados: posição do bebê, peso fetal, placenta e seu aspecto, quantidade de líquido amniótico, presença de batimentos cardíacos fetais e movimentos corpóreos e respiratórios do bebê (BRASIL, 2012). Ao observar as falas das mães é possível dizer que estas não têm clareza em relação aos objetivos e consequentemente em relação à importância da realização da ecografia obstétrica.

Chama a atenção quando a gestante refere a importância de ver o bebê. Essa construção da imagem do filho, de acordo com CHAZAN (2008), materializa a maternidade, tornando-a algo ainda mais concreto. E nesse sentido produz reações e interlocuções da mulher com o feto, e em algumas situações do feto com a família. Ver o bebê, saber como ele está, passa a ser um dos principais motivos da realização do exame. Na fala a seguir isso fica ainda mais evidente:

"O exame mais importante como não podemos ver nada, apenas sentimos, mas não temos ideia, é importante para mim me sentir segura e saber que ela está bem. "

A partir dessa fala é possível dizer que essas mulheres talvez não tenham sido orientadas no pré-natal, do porquê da realização do exame. Pois a questão da imagem do feto aparece como principal motivação para que elas desejem se submeter a este procedimento. Com menor destaque, as entrevistadas também abordam aspectos relacionadas aos reais objetivos da realização da ecografia obstétrica, como é possível observar nos dois depoimentos a seguir:

"De grande importância, pois através dele consegui saber que meu feto estava sem vida na minha primeira gestação. "

"Garantir que está tudo bem com o bebê e detectar o mais cedo possível alguma complicação. "

A realização desse exame produz significados para essas mulheres em relação ao seu filho, tais produções são influenciadas por uma multiplicidade de fatores sociais, culturais, econômicos, psíquicos (PERALTA, 2011). Por esse prisma, é possível dizer que as imagens e os sons que essas mulheres observam durante a realização do exame interferem, de algum modo, na forma como elas vivenciam a gestação e estabelecem relações com o feto.

Com a inserção da ultrassonografia como exame de rotina no pré-natal, falas como as descritas pelas mães que fizeram parte da amostra do estudo são recorrentes, interferindo na forma como as mulheres vivenciam a gestação, vendo o bebê e sabendo se está tudo bem, o feto torna-se ainda mais real. É possível dizer que este método traz mais segurança para as mães, na medida em que oferece possibilidades diagnosticas múltiplas, incluindo a análise da vitalidade fetal (BASTOS; ROQUE; REZENDE; VILARINO, 2008).

ULTRASSONOGRAFIA – UMA FORMA DE LIGAÇÃO COM FETO

Esta categoria temática elucida a ultrassonografia como sendo uma forma de ligação com o feto. Os discursos dessas mães corroboram com as referências que pontuam sobre o tema. Ou seja, que o uso das tecnologias de imagem, intensificadas no século XX, adquiriram importância sem precedentes nas relações que os sujeitos estabeleceram com a vida, com o seu corpo, com a saúde. Cabe ressaltar que, no que se refere à gestação, o uso das imagens fetais configura novas formas das mulheres se relacionarem com seus filhos. Também é possível dizer que as tecnologias de imagem utilizadas para visualizar o feto, de algum modo, tornaram-se um tipo de entretenimento, pensando num campo de prevalência da cultura visual (CHAZAN, 2008).

A seguir, podemos observar nas falas dos sujeitos que fizeram parte deste estudo exemplos de como a cultura visual, aqui representada pela ultrassonografia obstétrica, constitui os discursos das mulheres em relação aos seus filhos:

"A primeira vez que eu fiz não estava acreditando, daí só quando eu vi mesmo eu tive certeza da gravidez, então considero isso uma forma de ligação com meu filho. "

Nessa fala fica evidente que a imagem fetal é representada como uma forma de ligação, ou seja, a imagem produz, fortalece, concretiza os vínculos maternos fetais. *Nesse processo* de valorização de imagem as tecnologias, que possibilitam esse contato, são responsáveis pela "fabricação" de novas formas de consumo de tecnologias médicas e essas passam a fazer parte do cotidiano das pessoas, (ROSE,

2013) nesse caso, das gestantes. Esse aspecto também é reforçado no depoimento descrito a seguir:

"Sinto algo inexplicável que acredito que somente quando estamos grávidas conseguimos sentir o que é assistir a imagem de uma vida dentro da gente. "

"É um momento único, onde consigo estabelecer uma maior relação com o bebê e do bebê comigo. Relação de carinho e afeto mesmo sem toque físico"

Essas falas apresentam um ponto relevante para a discussão proposta por este estudo, pois expressam a construção discursiva que as mulheres fazem em relação ao exame, representadas pelas emoções de "...*sentir o que é assistir a imagem de uma vida dentro da gente.".* Essas construções parecem fazer parte dos processos que foram sendo desenvolvidos pela obstetrícia onde os corpos fetais e maternos tornaram-se foco do escrutínio da atenção médica e social, resultando na produção do desejo das mulheres em submeterem-se à ultrassonografia como uma forma de visualização, que produz significados relacionados ao prazer de ver o feto mesmo antes de ele nascer (VALENTE, 2015).

De acordo com Chazan (2008) a construção dos corpos, na gravidez e no parto, estão inscritos em processos biopolíticos relacionados às práticas de vigilância desenvolvidas no pré-natal, onde a visualidade proporcionada pela ultrassonografia é um ponto de articulação entre as gestantes, seus fetos e os profissionais envolvidos.

No que se refere às gestantes e seus filhos, a ultrassonografia é considerada como uma ferramenta para vivência de uma multiplicidade de sentimentos, descritos por elas – alegrias, emoção, ansiedade, felicidade.

"Emoção, a primeira vez eu chorei. Alegria, pois consigo ver que está tudo bem com ele".

"Feliz por saber que está tudo bem com ele".

O surgimento da ultrassonografia representou uma revolução em relação à gestação, no início da década de 80. A ultrassonografia de rotina foi adotada em alguns países Europeus, e, mais recentemente, este exame faz parte do cotidiano das mulheres grávidas, entre os benefícios deste exame inclui-se os de ordem psicológica. Conforme assinala Taylor (1998), as imagens ultrassonográficas operam uma transformação emocional no espectador, nesse caso, nas gestantes, e causam repercussões no seu comportamento.

Nos depoimentos acima tais repercussões são descritas a partir dos sentimentos que as mulheres experimentam em decorrência da realização da ultrassonografia, são formas discursivas de expressar o que este exame representa para elas. Embora prevaleçam as experiências positivas em relação ao exame para uma das gestantes a narrativa se refere a uma experiência com desfecho não feliz. É uma outra face dos efeitos psicológicos que o procedimento pode gerar, e se refere à ansiedade de, no

decorrer da gestação, detectar algo que não vai bem. Nesse sentido pode-se pensar na tecnologia do ultrassom como contribuindo para a produção iatrogênica[4] durante a gravidez. Aspecto citado a seguir:

"Na verdade, sinto uma certa ansiedade pois a primeira vez quando realizei o exame conseguimos detectar que o feto estava sem vida. "

Neste eixo analítico observa-se que os discursos sobre os aspectos positivos do exame são mais frequentes, é possível dizer que eles são decorrentes das demandas de consumo de imagem do feto como algo confiável, didático que produz uma socialização visual dos pais com o filho. As imagens ressinificam a relação mãe e feto, num contexto onde a gravidez é monitorada passo a passo e a utilização da ultrassonografia se constitui como uma importante ferramenta para isso, fazendo com que não se imagine uma gestação sem a realização deste exame.

REFLEXÕES FINAIS

Para realizar as reflexões finais retomamos as afirmações de que um estudo deve despertar novas reflexões, novas ideias, novas motivações. Por isso, retomamos o objetivo geral desta pesquisa, que foi o de analisar as construções das gestantes em relação à maternidade e ao feto a partir da realização de exames de diagnóstico por imagem. Pois ao rever o objetivo é possível pensar no percurso realizado durante a escrita do projeto, a produção dos dados, e análise dos mesmos, bem como todos os processos que constituem a escrita.

As análises indicam muitas possibilidades de discussão em relação aos exames de diagnóstico na gestação, apontando para possibilidades de realização de outros estudos que abordem este tema. Durante a escrita, o foco esteve na problematização da realização da ultrassonografia obstétrica, porém, ao buscar referencias teóricas que possibilitassem a argumentação sobre o que este exame produz, percebeu-se que há poucas publicações que abordam o tema na perceptiva da gestante. Tanto que as análises foram fundamentadas quase que exclusivamente pela tese de doutorado de Lilian Chazan. Este foi o primeiro desafio a ser enfrentado.

Durante a produção de dados, a partir da realização das entrevistas com as gestantes e das observações realizadas no campo de coleta de dados, constatou-se que existem uma multiplicidade de condutas e práticas que são colocadas em circulação e que passam a ser desejadas em termos de consumo por essas gestantes. Pois o ambiente onde o exame é realizado é cercado pela presença de tecnologias que parecem seduzir o usuário, constituindo-se, assim, como um campo pedagógico na medida em que ensina, a partir das imagens, sobre um modelo de maternidade e de feto.

4 Iatrogênica são os danos causados ao paciente por uma prática médica

A partir dessas observações iniciais procuramos olhar para as recorrências presentes nos depoimentos das gestantes que participaram do estudo. Desse modo é possível dizer que elas realizam o exame sem ter muita clareza sobre seus objetivos, como é possível perceber nos depoimentos citados na análise, a realização desse procedimento, interfere nas construções que essas mulheres têm em relação à maternidade, mas principalmente as imagens colaboram para que o feto passe a ser percebido num plano mais concreto.

Sendo assim, a realização da ultrassonografia, de acordo com os dados, produz significados em relação ao filho que está sendo gerado, que estão articulados aos outros contextos sociais, culturais e econômicos das gestantes. Nesse sentido, a imagem do feto, vista no aparelho, interfere na relação que essa mulher estabelece com essa experiência.

Outro aspecto que chamou a atenção se refere à familiaridade com termos técnicos presentes num número significativos de falas das entrevistadas, assim como a percepção de que este é um exame indispensável durante a gestação, que de acordo com elas, tem a função de acompanhar a gestação, e indicará “se está tudo bem” com o feto e com ela, o que desperta uma serie de expectativas geradas pela realização desse exame mas que nem sempre são possíveis de serem atendidas.

Cabe dizer que durante as entrevistas manteve-se uma certa neutralidade em relação aos benefícios ou contraindicações da realização desse exame, pois o interesse era o de conhecer a partir da ótica das gestantes entrevistadas como elas produzem opiniões em relação ao exame que passou a ser rotina nesse período. Os dados evidenciam que a imagem fetal, vista pelas gestantes, é representada como uma forma de ligação, ou seja, a imagem produz, fortalece, concretiza os vínculos materno fetais. Produzindo distintas (ou novas formas) de conceber o feto e a gestação, de forma cada vez mais precoce, na medida que este exame é realizado cada vez mais cedo, e mais vezes.

Tais considerações, embasadas nos dados do estudo, indicam que a enfermagem enquanto profissão atuante nas ações de educação em saúde e de pré-natal, deve problematizar a realização de exames de diagnóstico por imagem. Esta proposição de reflexão em relação a realização de um exame, poderia ser uma forma de oferecer ferramentas às gestantes, para, ao realizarem tais exames, estarem instrumentalizadas e informadas sobre a sua indicação e a sua utilidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União,** seção, Brasília, 2012.

CHAZAN, L. K. Construindo uma etnografia brasileira sobre ultrassom obstétrico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2005; 2007; 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1991, 1999, 2002. p. 43 e 46.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista Portuguesa de Educação,** São Paulo, p. 58, 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. **Revista Vozes,** Petrópolis, ed. 29, p. 16-18, 2003.

PERALTA, C. F. A. BARINI, **Revista Brasileira Ginecológica Obstetrícia,** Rio de Janeiro, 2011.

SPINK, P. Análise de Documentos de Domínio Público. *In:* SPINK, Hary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano** – Aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: 2000. p. 123-151.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

VALENTE, I. S. **Análise crítica da ultrassonografia obstétrica**. Campinas: [s. n.], 2015. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/drpixel/conteudo/analise-critica-da-ultrassonografia-obstetrica. Acesso em: 29 abr. 2019.

COBERTURAS UTILIZADAS PARA O TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Luísa Gelsdorf[1]
Janine Koepp[2]

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão pode ser determinada por um dano na pele e/ou nos tecidos moles subjacentes, apresentando-se em pele íntegra ou como forma de úlcera, frequentemente ocorrendo sobre uma proeminência óssea, em decorrência de um dispositivo médico ou relacionada a outros mecanismos. Ela ocorre pela pressão exercida de forma intensa e/ou prolongada adjunta ao cisalhamento, fricção e umidade, tendo como outras causas também a nutrição, perfusão, microclima e as comorbidades do indivíduo, assim, fatores intrínsecos e extrínsecos contribuem para a ocorrência da lesão por pressão (GEOVANINI, 2014).

As lesões por pressão (LPP) são causadoras de grande impacto ao sistema de saúde pelo fato de aumentarem o tempo de permanência dos pacientes em instituições hospitalares, elevar o risco de mortalidade por estar potencialmente sujeita a uma infecção e outros agravos, bem como, é geradora de altos custos em saúde. Ao paciente e sua família as lesões geram maior desconforto, dor e impacto psicossocial (BRASIL, 2014).

De modo geral, os estudos atuais demonstram que a incidência média de LPP em nosso país varia de 30 a 40% em pacientes hospitalizados. Os estudos disponíveis são apenas estimativas, e o número de casos e custos no tratamento são desconhecidos. Nos Estados Unidos, a cada ano 1 a 3 milhões de pessoas chegam a desenvolver LPP, constituindo-se 2,5 milhões de pacientes tratados que estão em cuidados agudos e 60 mil morrem por complicações dessas lesões (ROGENSKI; KURCGANT, 2012). A incidência das LPP varia de acordo com o ambiente clínico, características individuais dos indivíduos, estando os pacientes agudamente hospitalizados e os institucionalizados em maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão (GEOVANINI, 2014; MORAES *et al.,* 2016).

O tratamento das LPP torna-se um desafio, a partir do momento em que o profissional de enfermagem deve estar capacitado, acompanhando as atualizações de tratamento e prevenção. Uma das formas de preparar os profissionais para tratar

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

as LPP é realizando educação permanente e/ou instituindo protocolos de prevenção e tratamento, para que possam prestar um cuidado efetivo em saúde. As coberturas são os materiais mais utilizados na prevenção e tratamento das LPP, sendo necessário escolher o material de acordo com a lesão encontrada (GEOVANINI, 2014).

No âmbito da enfermagem, pesquisas que envolvam o conhecimento das coberturas e suas finalidades de uso são relevantes, pois a má utilização das coberturas pelo profissional de enfermagem poderá acarretar em prejuízo na evolução da LPP, como por exemplo, ao que tange a cicatrização da ferida (GEOVANINI, 2014). Conforme a Resolução nº 501, de 9 de dezembro de 2015 do COFEN, cabe ao enfermeiro a competência no que condiz ao cuidado das feridas e outras providências, sendo ele o responsável por definir, na maioria das vezes, o tipo de cobertura que utilizará no tratamento, sendo necessário que tenha conhecimento sobre a temática (COFEN, 2015).

Nessa perspectiva nos deparamos com o seguinte problema de pesquisa: a equipe de enfermagem que é submetida a uma intervenção educativa apresenta melhora no conhecimento sobre coberturas utilizadas nas lesões por pressão? Dessa forma, o objetivo deste estudo é identificar se, após uma intervenção educativa, ocorreu a melhora no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as coberturas recomendadas para os curativos de lesões por pressão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, de delineamento quase-experimental do tipo antes e depois, no qual utiliza-se de uma intervenção educativa como variável do estudo. A abordagem quase-experimental possibilitou realizar uma pesquisa com um único grupo que realizou o pré e pós-teste. A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico no interior do Rio Grande do Sul. Foram convidados a participarem da pesquisa os 69 profissionais de enfermagem que correspondem à 100% da equipe de enfermagem, entre técnicos e enfermeiros, porém somente 15 (21,7%) fizeram parte deste estudo, os demais, 5 (7,2%) estavam de atestado médico nesta data, 7 (10,1%) estavam de folga, 4 (5,8%) em férias e 38 (55,1%) não compareceram no dia da intervenção educativa. Como instrumento de coleta de dados adotou-se um questionário, que foi elaborado em concordância com os materiais que foram utilizados na intervenção educativa com os profissionais. As variáveis do estudo foram o pré-teste e o pós-teste. O pré-teste aplicado na fase pré-intervenção, como forma de nivelamento do conhecimento dos profissionais a respeito das coberturas para LPP, e o pós-teste, para mensurar a melhora do conhecimento dos participantes após a intervenção. O projeto foi aprovado pelo CAAE 79863217.9.0000.5343.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão se basearam nos dados obtidos no pré e pós-teste da intervenção educativa. Os dados foram organizados em três momentos para melhor compressão e discussão: caracterização da amostra; o conhecimento da Equipe de Enfermagem em relação às coberturas no pré e pós-teste e dificuldade evidenciada durante a realização do pré-teste.

Caracterização da amostra

Dos participantes do estudo 7 (46,7%) eram profissionais de ensino superior (enfermeiros) e 7 (46,7%) eram técnicos de enfermagem desses, apenas 1(6,7%) não informou a sua formação. Quanto ao tempo de profissão a média encontrada foi de 6,8 (±5,7) anos, entre técnicos em enfermagem e enfermeiros. Participaram profissionais de todos os turnos (7 às 13h; das 13 às 19h; das 19 às 1h, das 19 às 7h) e outros que não se encaixavam nos horários estabelecidos pelo questionário, que realizavam a jornada de 36 horas semanais conforme necessidade do setor em que trabalham.

O tempo de trabalho elevado dos profissionais justifica a compreensão deles em relação a algumas questões. O conhecimento empírico é resultado das vivências profissionais, aprendidas através da prática, do fazer em si, daquilo que foi vivido através de ações e que não foram planejadas para serem executadas (FARIA *et al.,* 2016). Outro fator importante a ser destacado é que quase 50% da amostra era de profissionais de nível superior, os quais, sabemos, possuem um maior contexto teórico durante sua formação em relação as LPP e também sobre as coberturas para realização de curativos.

O conhecimento da Equipe de Enfermagem em relação às coberturas no pré e pós teste

Nesta categoria estão contidas as questões relacionadas aos resultados obtidos no pré e pós-teste das sete questões avaliadas.

TABELA 1: RESULTADOS GERAIS DO PRÉ E PÓS TESTE

Questão	Acerto pré-teste	Acerto pós-teste
1	12	15
2	7	13
3	7	15
4	11	10
5	15	15
6	7	13
7	11	13

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na tabela acima podemos visualizar os resultados positivos obtidos após a intervenção educativa, onde houve aumento no número de acertos em 5 das 7 questões no momento pós-teste, significando 71,42% de melhora na resolução das questões o que denota aumento do conhecimento dos profissionais após a intervenção.

A seguir, serão discutidas as questões separadamente, identificando os tipos de lesões por pressão, as coberturas indicadas para cada uma, e o resultado apresentado.

Na questão 1 do teste foi representada uma LLP estágio 3, sendo uma lesão cavitária, com descolamento de bordas, com presença de tecido de granulação e leve exsudato (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 2: LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 3 – QUESTÃO 1

COBERTURA/CURATIVO	**ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)**	**ACERTOS PÓS-TESTE N (%)**
AGE – ESPUMA DE POLIURETANO – ALGINATO DE CALCIO	12 (80,0)	15 (100,0)
ALGINATO DE PRATA – CARVAO ATIVADO – PAPAINA – COMPRESSA ABSORVENTE NÃO ADERENTE	1 (6,7)	0
COLAGENASE – CARVAO ATIVADO COM ALGINATO – SULFADIAZINA DE PRATA 1% - ESPUMA COM PRATA	2 (13,3)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme materiais apresentados, nesta lesão poderíamos ter três possíveis opções de coberturas para utilizar, sendo elas: o Ácido Graxo Essencial para potencializar a cicatrização e manter o meio úmido; a Espuma de Poliuretano para

drenar o leve exsudato presente no leito da lesão e como forma de ação cicatrizante, ou até mesmo o Alginato de Cálcio, pois apresenta grande parte de tecido de granulação sendo fácil de ocorrer sangramento no leito da lesão, o Alginato de Cálcio auxiliaria na diminuição do sangramento e na cicatrização (GEOVANINI, 2014; ROSSI *et al.,* 2010; SMANIOTTO *et al.,* 2012).

Após a realização da intervenção educativa percebe-se com o pós-teste que todos os profissionais responderam corretamente à questão, o que salienta que ocorreu a melhora do conhecimento para esta lesão apresentada. Outros estudos realizados com intervenções educativas corroboram para os resultados apresentados nesta pesquisa. Estudo realizado por Porto *et al.* (2014) buscou avaliar se ocorreria mudança no conhecimento dos sujeitos antes e depois de participarem de uma intervenção educativa. Os resultados da pesquisa apontaram que após a intervenção evidenciou-se aumento expressivo do conhecimento em todas as questões abordadas no estudo, considerando significativos os resultados ($p<0,05$), indicando que ocorreu mudança positiva no conhecimento após a intervenção educativa apontando como principal hipótese a intervenção utilizada e a utilização de ferramentas de aprendizagem, sendo uma estratégia positiva para aumentar o conhecimento dos participantes deste tipo de pesquisa. No estudo mencionado acima foi utilizado um álbum seriado como um mecanismo facilitador e que contribui para fixar o conhecimento sobre o assunto abordado, colaborando para aumentar o conhecimento dos participantes para responderem ao pós-teste. Ferramentas de aprendizagem podem ser facilitadoras no aprendizado e, por isso, em nossa pesquisa, foi utilizada a exibição de materiais em power-point, além das próprias coberturas de curativos que foram utilizadas durante a intervenção para os profissionais manusearem e reconhecerem os materiais.

A próxima questão do teste é uma lesão por pressão estágio 4, apresenta-se com uma lesão cavitária com exposição de tendão, presença de tecido necrótico de esfacelo, média quantidade de secreção purulenta indicando contaminação da ferida e provável odor fétido, e na borda da lesão pouco tecido de granulação (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 3: LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 4 – QUESTÃO 2

COBERTURA/CURATIVO	ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)	ACERTOS PÓS-TESTE N (%)
ALGINATO DE CALCIO – CARVAO ATIVADO – CARVAO ATIVADO COM ALGINATO – COLAGENASE	3 (20,0)	2 (13,3)
AGE – HIDROGEL – HIDROCOLOIDE – COMPRESSA ABSORVENTE NÃO ADERENTE	5 (33,3)	0
ALGINATO DE PRATA – CARVAO ATIVADO COM PRATA – ESPUMA COM PRATA – PAPAINA	7 (46,7)	13 (86,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Das alternativas apresentadas na questão as opções mais indicadas seriam: o Alginato de Prata pois a lesão está infectada e esta cobertura possui ação bactericida; o Carvão Ativado com Prata teria ação potencializadora para neutralizar o odor fétido e agir também de forma bactericida; a Espuma com Prata iria drenar o exsudato ao mesmo tempo que realizaria a ação bactericida e/ou poderia ainda se utilizar a Papaína 5% e 8% para a retirada do tecido desvitalizado de esfacelo (GEOVANINI, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Nesta questão não ocorreu 100% de acertos no pós-teste, mas percebe-se que os profissionais já não apresentaram tanta dúvida em relação a quais coberturas poderiam ser indicadas. Houve exclusão total da segunda alternativa no pós-teste e apenas dois profissionais escolheram a primeira alternativa, talvez por se tratar de coberturas semelhantes à da opção correta. O que diferiu as duas opções foi a particularidade de cada tipo de cobertura, pois não iríamos utilizar o Alginato de Cálcio, por exemplo, pois a lesão não apresentava risco de sangramento, o mesmo para o Carvão Ativado com Alginato. Pode ter ocorrido dúvida em relação às particularidades das coberturas para este tipo de lesão que foi representada. Na literatura não se evidencia nenhum estudo que contribua para a compreensão deste acontecimento. Houve aumento significativo no número de acertos após a intervenção educativa, o que enfatiza a importância de se realizar estas atividades de intervenção.

Na terceira questão do teste analisa-se uma lesão por pressão de tecidos profundos, uma lesão difícil de ser diagnosticada pois é muito semelhante à lesão por pressão estágio 1 (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 4: LESÃO DE TECIDOS PROFUNDOS – QUESTÃO 3

COBERTURA/CURATIVO	ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)	ACERTOS PÓS-TESTE N (%)
ALGINATO DE PRATA – CARVAO ATIVADO COM PRATA – ESPUMA COM PRATA – PAPAINA	3 (20,0)	0
FILME TRANSPARENTE SEMIPERMEAVEL – AGE - GAZE DE RAYON – ESPUMA DE POLIURETANO	7 (46,7)	15 (100,0)
AGE - ESPUMA DE POLIURETANO – HIDROCOLOIDES – ALGINATO DE CALCIO	5 (33,3)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O tratamento para este tipo de lesão é muito semelhante à de estágio 1, e a opção correta para esta lesão seria: o Filme Transparente pois iria possibilitar a visualização e diminuiria a fricção e cisalhamento da região com o que estava causando a pressão; o Ácido Graxo Essencial (AGE) possibilitaria uma maior hidratação da lesão; o Curativo não Aderente de Rayon pois se a lesão evoluísse rapidamente para uma ruptura da pele com exposição de outras camadas a gaze não iria aderir ao leito causando

trauma na retirada e troca de curativo ou a Espuma de Poliuretano para hidratação e favorecimento da cicatrização (GEOVANINI, 2014; MACIEL, 2010).

Antes de realizar a intervenção os profissionais apresentaram uma maior dificuldade em selecionar a resposta correta, o que não ocorreu após a intervenção, pois foi 100% efetivo e significativo o resultado apresentado pelos profissionais para o tipo de lesão apresentada. O presente estudo está de acordo com uma pesquisa quase experimental do tipo antes e depois realizado por Linch *et al.* (2017) em uma instituição hospitalar do Sul do Brasil realizado com enfermeiras, que buscou avaliar o impacto da intervenção educativa nos registros de enfermagem produzidos por estas profissionais. Os registros de enfermagem foram avaliados em dois momentos pelo instrumento Q-DIO versão brasileira no momento pré-intervenção e no momento pós-intervenção, os quais após foram organizados e analisados no programa SPSS sendo considerados significativos os resultados ($p<0,5$). Dos 30 registros avaliados antes e depois da intervenção no estudo mencionado, observou-se o aumento estatisticamente significativo para a maioria dos itens, sendo significativa e efetiva a intervenção educativa desenvolvida. A pesquisa descrita acima comprova que as ações educacionais desenvolvidas com as equipes de enfermagem contribuem positivamente para a aquisição de conhecimento específico e melhoria do processo de trabalho.

Na quarta questão, apresenta-se uma lesão por pressão de estágio 2, onde há uma lesão superficial com perda da espessura parcial da pele, sem presença de secreção (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 5: LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 2 – QUESTÃO 4

COBERTURA/CURATIVO	ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)	ACERTOS PÓS-TESTE N (%)
ALGINATO DE PRATA – CARVAO ATIVADO – ESPUMA COM PRATA – CARVAO ATIVADO COM ALGINATO	2 (13,3)	3 (20,0)
ALGINATO DE CALCIO – CARVAO ATIVADO COM PRATA – COMPRESSA ABSORVENTE NÃO ADERENTE – AGE	2 (13,3)	2 (13,3)
AGE – ESPUMA DE POLIURETANO – HIDROCOLOIDE – HIDROGEL	11 (73,3)	10 (66,7)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A opção mais adequada para este tipo de lesão seria a utilização do Ácido Graxo Essencial (AGE) para hidratação e cicatrização da lesão, da Espuma de Poliuretano para obter ação cicatrizante e diminuição da fricção e cisalhamento; do Hidrocoloides para manter o meio úmido favorecendo a cicatrização ou do Hidrogel pois pode ser

utilizado em lesões com perda tecidual superficial e também tem ação cicatrizante (ROSSI *et al.*, 2010; SMANIOTTO *et al.,* 2012).

Ocorreu uma discrepância entre o pré e pós-teste onde houve mais acertos antes da intervenção educativa do que após. Não há uma lógica ou entendimento por parte de estudos que mostrem a razão dos profissionais trocarem de alternativa no pós-teste, pois as demais questões traziam curativos como o Alginato de Prata que seria utilizado para lesões infectadas, o Carvão Ativado que poderia ser utilizado para neutralizar odor fétido entre outras, o que não condiz para o tratamento da lesão que foi apresentada no questionário.

Na questão cinco foi utilizada uma imagem de lesão por pressão estágio 1 em região do cóccix que se apresenta com pele íntegra e somente leve rubor no local. Este tipo de lesão necessita somente de hidratação, retirada ou diminuição do fator causador da lesão e fácil visualização da lesão o que possibilitaria observar se a mesma irá evoluir para piora ou se resolveria (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 6: LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1 – QUESTÃO 5

COBERTURA/CURATIVO	ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)	ACERTOS PÓS-TESTE N (%)
FILME TRANSPARENTE SEMIPERMEAVEL – AGE – GAZE DE RAYON – ESPUMA DE POLIURETANO	15 (100,0)	15 (100,0)
ALGINATO DE PRATA – CARVAO ATIVADO – PAPAINA – COMPRESSA ABSORVENTE NÃO ADERENTE	0	0
ALGINATO DE CALCIO – CARVAO ATIVADO – CARVÃOA TIVADO COM ALGINATO – COLAGENASE	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A opção correta para esta lesão seria o Filme Transparente semipermeável; o Ácido Graxo Essencial (AGE); o Curativo não Aderente de Rayon e a Espuma de Poliuretano (GEOVANINI, 2014; OLIVEIRA, 2016). Os profissionais não apresentaram nenhum tipo de dificuldade para responder esta questão, tendo 100% de acertos tanto no pré como no pós-teste. Questionando os profissionais durante a revisão dos pré e pós-testes eles referiram que está é uma lesão fácil de ser encontrada nos pacientes internados nas unidades e por ser de menor complexidade estão acostumados a cuidar destas lesões tendo conhecimento das medidas terapêuticas a serem utilizadas. Nesta questão podemos dizer que os profissionais se utilizaram de seus conhecimentos empíricos (adquiridos em outras vivências) para responder no pré-teste e que confirmaram seus saberes de forma científica durante a intervenção educativa afirmando isto no pós-teste (FARIA *et al.,* 2016).

Na questão seis observa-se uma lesão por pressão estágio 4, com perda total da espessura da pele com exposição e dano aos músculos e tendão, lesão cavitária, com presença de tecido desvitalizado de esfacelo e infecção local (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 7: LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 4 – QUESTÃO 6

COBERTURA/CURATIVO	ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)	ACERTOS PÓS-TESTE N (%)
CARVAO ATIVADO COM PRATA - ALGINATO DE PRATA – PAPAINA SULFADIAZINA DE PRATA 1%	7 (46,7)	13 (86,7)
AGE – GAZE DE RAYON – HIDROGEL –COLAGENASE	7 (46,7)	2 (13,3)
HIDROCOLOIDE – ESPUMA DE POLIURETANO – ALGINATO DE CALCIO - CARVAO ATIVADO COM ALGINATO	1 (6,7)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A opção indicada para tratar esta lesão seria a utilização do Carvão Ativado com Prata pois possui ação bactericida e em caso de odor fétido iria neutralizar; do Alginato de Prata pois também tem ação bactericida e iria favorecer a cicatrização da lesão; da Papaína 5% e 8% para realizar o desbridamento químico da necrose e remoção do exsudato inflamatório ou até mesmo a utilização da Sulfadiazina de Prata 1% para diminuição da infecção local e remoção do esfacelo (GEOVANINI, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Após a realização da intervenção educativa os profissionais não tiveram tanta dúvida sobre a alternativa correta como no pré-teste, com 86,7% de acertos nos pós, demonstrando que a intervenção apresentou resultados positivos pelo aumento no número de acertos na questão. Pesquisas realizadas no Brasil que se utilizaram de intervenções educativas e que se assemelham ao assunto abordado neste estudo "lesões por pressão", dois artigos foram encontrados; o primeiro estudo realizado por Baron *et al.* (2016), utilizou-se de dois grupos de intervenção e um grupo controle (o qual não recebeu nenhum tipo de intervenção educativa antes ou após responderem ao questionário). Denotou-se melhora significativa nos grupos que sofreram a intervenção educativa, no pré-teste obtiveram 74,1% a média de acertos e no pós-teste 87,8%, enquanto o grupo controle não sofreu mudanças significativas no escore de conhecimento sendo observado no pré-teste 76,0% e no pós-teste 79,1% na média de acertos, o que denota pouca mudança nos escores. O segundo estudo realizado por Fernandes, Caliri e Haas (2008) permitiu que todos os profissionais de enfermagem respondessem o pré-teste, participassem da intervenção educativa e após respondessem ao pós-teste, ocorreu que os enfermeiros que haviam

participado da fase pré-teste não responderam ao pós-teste e os auxiliares e técnicos de enfermagem que haviam tido a média de acertos de 74,3% na fase pré-intervenção alcançaram 81,2% na fase pós-intervenção o que demonstra que ocorreu melhora nos escores de conhecimento após a intervenção educativa por estes profissionais que participaram dos dois momentos.

Apesar dos estudos apresentados utilizarem um teste diferente desta pesquisa para avaliar o conhecimento dos sujeitos antes e após intervenção, todos levam para o mesmo resultado, que é a mudança positiva do conhecimento após as intervenções educativas.

Por último a questão sete é uma lesão por pressão não graduável/inclassificável, onde há grande área de necrose de escara que "mascaram" a profundidade da lesão (EDSBERG *et al.,* 2016; NPUAP, 2014).

TABELA 8: LESÃO NÃO GRADUAVEL/INCLASSIFICAVEL – QUESTÃO 7

COBERTURA/CURATIVO	ACERTOS PRÉ-TESTE N (%)	ACERTOS PÓS-TESTE N (%)
HIDROCOLOIDE – CARVAO ATIVADO COM ALGINATO - FILME TRANSPARENTE SEMIPERMEAVEL	2 (13,3)	2 (13,3)
COLAGENASE - PAPAINA – HIDROGEL	11 (73,3)	13 (86,7)
AGE – GAZE DE RAYON – ESPUMA COM PRATA	2 (13,3)	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Para realizar a classificação deste tipo de lesão por pressão a primeira coisa a ser feita deve ser a retirada da área de necrose, para isso, das alternativas possíveis de serem utilizadas para esta lesão as mais adequadas seriam: Colagenase para realizar o desbridamento enzimático da necrose; Papaína 5% e 8% para o desbridamento químico da necrose e de possível exsudato inflamatório, e possivelmente a utilização do Hidrogel para remoção do tecido necrótico e ação cicatrizante da lesão (OLIVEIRA, 2016; SMANIOTTO *et al.,* 2012).

Ocorreu após a intervenção educativa a exclusão da última opção da questão pelos profissionais, onde eles descartaram a possibilidade da utilização do Ácido Graxo Essencial (AGE), Curativo não aderente de Rayon; Espuma de prata como opções de tratamento, e houve mais profissionais que marcaram a resposta correta no pós-teste o que demonstra resultado positivo para a pesquisa.

Como podemos perceber ao longo da discussão outros estudos realizados através de intervenções educativas conseguiram obter resultados satisfatórios a partir deste tipo de metodologia de intervenção o que corrobora com os resultados apresentados nesta pesquisa. Todos realizaram pesquisas que se utilizaram de

momentos “antes e depois” de intervenções educativas que buscavam compreender a relação das intervenções com a melhora do conhecimento (PORTO *et al.,* 2014; LINCH *et al.,* 2017; FERNANDES; CALIRI; HAAS, 2008; BARON *et al.,* 2016; PEREIRA *et al*., 2012).

O estudo publicado por Pereira *et al.* (2012) teve o objetivo de reconhecer se a intervenção educativa iria mudar em algo o conhecimento dos participantes da pesquisa a respeito da patologia que possuíam. Dos 62 pacientes participantes os resultados da pesquisa demonstraram aumento significativo do conhecimento nos sujeitos do grupo intervenção, em todas as questões ($p<0,05$), enquanto no grupo controle somente algumas alterações foram observadas no conhecimento, sendo bem menores quando comparadas ao grupo de intervenção, concluindo que é possível elevar os conhecimentos sobre a patologia por meio da realização de atividades educativas.

Neste estudo o pesquisador utilizou com ferramenta de aprendizagem a forma problematizadora/conscientizadora para tratar o assunto abordado com os sujeitos, mas como vimos anteriormente há outras ferramentas a serem utilizadas como o álbum seriado, materiais em *power-point*, dramatizações, rodas de conversa entre outros (PEREIRA *et al.,* 2012).

Salienta-se com este estudo que atividades de intervenção educativa ou educação permanente e suas ferramentas de aprendizagem possibilitam aos sujeitos participantes a melhora no conhecimento a respeito das temáticas abordadas, sejam elas parte do processo de trabalho dos sujeitos ou sobre a patologia do paciente que participa dessas atividades. Todos os estudos abordados nesta pesquisa chegam aos mesmos resultados quanto à metodologia da intervenção educativa sob a melhora no conhecimento dos participantes.

Dificuldade evidenciada durante a realização do pré-teste

Dos 15 participantes da pesquisa, 12 (80,0%) referiram que tiveram dificuldades em responder as questões no pré-teste e 3 (20,0%) não obtiveram dificuldades. Os profissionais que marcaram “sim” na questão anterior, 1 (8,3%) referiu a falta de conhecimento científico a respeito das coberturas, 3 (25,0%) acreditam que a dificuldade esteja relacionada a realizarem poucos curativos de lesões por pressão, 7 (58,3%) porque a unidade hospitalar não possui algumas destas coberturas de curativos sendo desconhecido da prática profissional e 1 (8,3%) não informou a sua resposta.

Os profissionais algumas vezes justificam a maneira que desenvolvem seu trabalho com base na infraestrutura disponível em seu ambiente laboral, especialmente quando este apresenta dificuldades na sua organização o que gera improvisos e

limitações no desenvolvimento das suas práticas (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

A prática desenvolvida pelo enfermeiro é influenciada diretamente pelas características do sistema de saúde em que está envolvido, sendo as limitações, a disponibilidade de materiais, e a qualidade de todos os equipamentos e instrumentos disponíveis no serviço, variáveis que atuam fortemente nos resultados da assistência prestada pela equipe ao paciente (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Isso justifica, de certa forma, o porquê dos profissionais encontrarem dificuldades em responder ao questionário do pré-teste, pois nas unidades em que desenvolvem seu trabalho não há diariamente a disponibilidade de diferentes coberturas, sendo desconhecidas, na prática profissional daqueles que realizam curativos. Em função disso, foi elaborado um Procedimento Operacional Padrão com todas as coberturas presentes nesta pesquisa e que disponibilizado para o hospital como material de consulta rápida e como auxílio na tomada de decisão que envolvam os curativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, com os resultados desta pesquisa, sobre a importância da realização de atividades de intervenção educativa ou de educação permanente para a melhora do conhecimento dos profissionais que participam dessas capacitações. São notórios os resultados positivos que essas ações trazem, principalmente quando são focadas nos processos de trabalho dos profissionais e quando se utilizam de ferramentas de aprendizagem que estimulem a participação e envolvimento dos sujeitos durante a intervenção.

Os resultados apresentados na pesquisa corroboram com os demais estudos e trazem a significância da realização de ações com cunho educativo para os profissionais da saúde, o que contribui para melhorar o conhecimento científico desses profissionais que, por vezes, possuem o conhecimento empírico em relação a alguns temas.

A dificuldade encontrada na realização desta pesquisa foi com a pouca adesão dos profissionais à atividade proposta, e com a escassez de materiais científicos brasileiros relacionados ao tratamento das LLP. As poucas pesquisas encontradas estão relacionadas às formas de prevenção e pouco se fala das formas de tratamento quando a lesão já está instalada. Recomendamos a continuação de pesquisas com este foco, principalmente visando as que contribuam para o conhecimento dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

BARON, M. V. *et al.* Estudo experimental com equipes de enfermagem acerca do conhecimento sobre úlceras por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 01-10, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CELEDÔNIO, R. M. *et al.* Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Revista da Rede de Enfermagem do Noroeste,** [*s. l.*], v. 13, n. 5, p. 1100-1110, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 0501/2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 9 dez. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html. Acesso em: 12 set. 2017.

EDSBERG, L. E. *et al.* Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system. **Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing,** Nashville, Tennessee, v. 43, n. 6, p. 585-597, 2016.

FARIA, F, C. *et al.* A influência do conhecimento empírico na prática da medicina científica. *In:* SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG, 2., 2016, Coqueiro. **Anais***...* Coqueiro: FACIG, 2016. p. 01-06, 2016.

FERNANDES, L. M.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 21, n. 2, 305-311, 2008.

GEOVANINI, Telma. **Tratado de feridas e curativos:** enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, 2014.

LINCH, G. F. C. *et al.* Impacto de uma intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 01-08, 2017.

MEIRELLES, Mauro. O uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na ciência política: uma breve introdução. **Pensamento Plural,** Pelotas, RS, v. 3414, n. 14, p. 65-91, 2014.

MORAES, J. T. *et al.* Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do *National Pressure Ulcer Advisory Panel*. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro,** Minas Gerais, v. 6, n. 2, p. 2292-2306, 2016.

NPUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Australia: NPUAP, 2014. Disponível em: sociedadeferidas.pt/.../Prevencao_e_Tratamento_de_Ulceras_Por_Pressao-Guia_de_R. Acesso em: 20 ago. 2017.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackbook:** enfermagem. 1. ed. Belo Horizonte: Blackbook, 2016.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.

PEREIRA, D. A. *et al.* Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com Diabetes Mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 01-08, 2012.

POLIT-O'HARA, D. B.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, F. A. A. *et al.* Efeito de intervenção educativa sobre eventos adversos pós-vacina pentavalente: estudo quase experimental. **Online Brazilian Journal of Nursing,** Niterói, RJ, v. 15, n. 2, p. 114-123, 2014.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 333-339, 2012

ROSSI, L. A. *et al.* Cuidados locais com as feridas das queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras,** Goiânia, v. 9, n. 2, p. 54-59, 2010.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P B. **Metodologia de pesquisa.** 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SMANIOTTO, P. H. S. *et al.* Sistematização de curativos para o tratamento clínico das feridas. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica,** São Paulo, v. 4, n. 27, p. 623-626, 2012

MEDIAÇÃO DE CONFLITOS NA ÁREA HOSPITALAR: DESAFIOS E OPORTUNIDADES À ATIVIDADE GERENCIAL DO ENFERMEIRO

Luis Carlos Pereira Soares[1]
Francieli Ester Müller[2]
Analidia Rodolpho Petry[3]
Vera Elenei da Costa Somavilla[4]

INTRODUÇÃO

Desde as mais remotas eras, o ser humano trabalha em conjunto com seus semelhantes no intuito de sobreviver às adversidades do ambiente. Condição esta, que significa empreender tarefas nas quais a correlação de pensamento e atitudes ocorram em sintonia. Importa considerar que nem sempre há sintonia entre os componentes de um grupo de trabalho, fator que pode comprometer a execução de determinadas tarefas, podendo ocasionar conflitos.

Dentre os contextos de trabalho nos quais os conflitos podem acontecer, encontra-se o ambiente hospitalar que, por suas características, é estressante. Qualquer hospital carrega consigo grandes riscos à saúde física e mental dos funcionários, ocasionado pela constante exposição aos diversos tipos de riscos. A exposição aos riscos, associada ao ambiente estressante, impulsionam o surgimento de conflitos (RICCI; LIMA; BEGNAMI, 2017). Cabe ao enfermeiro tentar minimizar essas divergências, para que a exposição aos riscos não venha a se somar a um ambiente conflituoso, propício para que erros ocorram.

Os conflitos são inevitáveis e ocorrem quando pessoas se manifestam em posições divergentes a partir de suas distintas percepções sobre um mesmo assunto (SPAGNOL, 2010; CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

É importante considerar que, para realizar a mediação dos conflitos, o enfermeiro deve possuir habilidades e, dentre essas, podemos citar, conhecimento, capacidade de negociação, planejamento e dinamismo, uma vez que se torna necessário organizar estratégias viáveis para a resolutividade dos conflitos. Essas estratégias devem ser diversas e individualizadas, pois sabe-se que os conflitos possuem diversas

1 Enfermeiro, egresso do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UNISC.

3 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

4 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

origens. Essas qualidades devem estar presentes em qualquer gestor de equipe, e é indispensável que o enfermeiro reúna esses atributos para melhor coordenar uma equipe em ambiente hospitalar (CARVALHAL *et al.*, 2009; RICCI; LIMA; BEGNAMI, 2017).

Este estudo se justifica uma vez que a profissão do enfermeiro carrega consigo um grande poder, tanto em relação às pessoas que estão sob seus cuidados quanto sobre a equipe que coordena. Esse poder pode, por exemplo, determinar se um paciente vai continuar vivo ou não, se o paciente continuará com sua integridade física ou não e, em relação à equipe de enfermagem que coordena, esse poder está no modo como gerencia sua equipe para que esta possa estar bem para prestar uma assistência adequada na qual não erre, não esqueça, não negligencie e não seja imprudente. Tendo em vista estes aspectos, o profissional não deveria trabalhar em meio a um ambiente de conflito, pois estando inserido nesse ambiente, ele está mais fadado ao erro, à negligência, à imprudência e aos esquecimentos.

Sendo assim, o enfermeiro gestor tem o papel de não somente fiscalizar, treinar e instruir sua equipe, mas de mediar os inevitáveis conflitos, para que o ambiente de trabalho possa facilitar a vida dos trabalhadores. A importância que será dada aos conflitos, e o modo como serão administradas as situações conflituosas determinará a qualidade de vida dos trabalhadores, e a qualidade do atendimento aos pacientes. As razões expostas nos levam a propor este estudo, que tem como objetivo investigar como enfermeiros, que trabalham em um hospital regional, gerenciam os conflitos no seu cotidiano profissional.

Conflito, condição humana e enfermagem: desafios no cotidiano profissional

As definições do termo conflito indicam: alteração, desordem, pendência, choque, embate, luta, oposição, disputa (LIMA *et al.,* 2014). Assim, ao mesmo tempo em que o ser humano é responsável pelos conflitos que ocorrem, ele também é a solução. Entretanto, quando não há resolutividade, o indivíduo se sente apartado de seus valores essenciais e de sua dignidade, resultando em desesperança, baixa autoestima e desconfiança sobre aqueles com quem convive. Importa considerar que conflitos surgem em decorrência de vários fatores, como por exemplo, de atitudes que podem ser interpretadas de modo equivocado (SPAGNOL *et al.,* 2010; VENDEMIATTI *et al.,* 2010). Logo, nessas condições, há declínio na produtividade e na qualidade da assistência, além de afetar a comunicação interpessoal e afetar a motivação dos membros da equipe (MARQUIS; HUSTON, 2015; RICCI; LIMA; BEGNAMI, 2017).

Em relação aos tipos de conflitos, os mesmos podem ser: de tarefa, de relacionamento e de processo. Os conflitos também passam por estágios e é de fundamental importância que o mediador perceba qual é a fase em que se encontra. Marquis e Huston (2015) descrevem as fases do conflito nominando-as de: conflito

latente, conflito percebido, conflito sentido, conflito manifesto, e pós-conflito. Importa salientar que um conflito pode flutuar por várias fases antes de que se possa considerá-lo resolvido.

O enfermeiro gestor deve intervir nos conflitos que surgem no ambiente de trabalho, utilizando a mediação como ferramenta que pode alcançar o consenso entre as partes. Desse modo, deve possuir estratégias e características bem definidas, tais como, credibilidade, equilíbrio intelectual, senso crítico, boa capacidade de comunicação, ter clareza na linguagem, confidencialidade além de adotar um caráter neutro e imparcial para auxiliar as partes a solucionar o conflito sem que nada seja imposto (LAMPERT *et al.,* 2013; SPAGNOL *et al.,* 2013; SCAVONE JUNIOR, 2012).

A principal função do mediador, quando consideramos a mediação enquanto uma ferramenta, é conduzir as partes ao seu empoderamento. É papel do mediador levar as partes envolvidas a se conscientizarem dos seus atos e a reconhecerem suas condutas (SILVA; DINIZ; ROSA, 2012; CAHALI, 2011; RICCI; LIMA; BEGNAMI, 2017). Nessa mesma perspectiva, é papel do profissional enfermeiro conhecer sua equipe e exercer a liderança, garantindo, assim, uma instituição organizada e com qualidade no atendimento (LAMPERT *et al.,* 2013).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de cunho qualitativo. A opção por este tipo de estudo se deu uma vez que ele nos permite, em um recorte de tempo, aprofundar a compreensão sobre aspectos cotidianos inerentes ao processo de trabalho no momento em que ele ocorre (BEUREN *et al.*, 2014). O local da coleta de dados foi um hospital de médio porte localizado no interior do estado do RS e o instrumento de coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada, realizada em local livre de interrupções.

Foram alvo do estudo enfermeiros, independente de sexo, estado civil e tempo de formação. Como critérios de inclusão para participar do estudo deveriam trabalhar, há, pelo menos, três anos em unidades abertas, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar o uso do gravador como instrumento de áudio-gravação. Participaram da pesquisa oito enfermeiras que trabalham em alas abertas há, pelo menos, três anos. As idades das entrevistadas variaram entre 26 a 53 anos, com média de 34,25 anos. O tempo de formação profissional oscilou entre 4 e 15 anos, com média de 8 anos. Sete enfermeiras possuem pós-graduação e três possuem pós-graduação na área de gerenciamento.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UNISC sob o protocolo nº 1.974.854 e CAAE nº 65821917.0.0000.5343 e seguiu as normas da Resolução 466/2012. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram utilizados codinomes para preservar a identidade e informações prestadas pelas

entrevistadas. Os dados foram analisados através da Análise Temática (MINAYO, 2014) e respeitou as fases de pré-análise, exploração do material e análise propriamente dita. A análise resultou em dois blocos temáticos: A assistência de enfermagem: conflitos, causas e consequências e A mediação enquanto um desafio na gestão de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem: conflitos, suas causas e consequências

Os conflitos são vistos como parte indissociável do trabalho de enfermagem, tendo em vista que todos os locais onde muitas pessoas trabalham por longos períodos são campos propícios para o surgimento dos conflitos (MARQUIS; HUSTON, 2015). Corrobora com esta definição uma de nossas entrevistadas, que conceitua o conflito da seguinte forma:

Conflito acho que é toda situação aquela em que nenhuma parte entra de acordo, e aí começa a conflitar, então por exemplo, a minha ideia é que vence naquele momento e a tua também só que ao mesmo tempo eu não concordo com a tua, tu não concorda com a minha (Enf. 02)

A entrevistada acima pontua conflito conforme Spagnol *et al*., (2010), ou seja, como a ação de colocar-se em posições antagônicas em um mesmo assunto. Trata-se de um conceito que implica entender o conflito enquanto uma situação ampla e complexa, que envolve vários aspectos. Tomando a classificação de conflitos de Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014) que os classifica em conflitos de tarefa, de relacionamento e de processo, evidenciamos que o conflito de processo é trazido no seguinte excerto:

[…] são situações que interferem na rotina de trabalho, ou porque às vezes a gente não consegue atender a necessidade do profissional, ou porque a gente precisa realizar dimensionamentos que não agradam àquelas pessoas, e ai acabam gerando conflitos que interferem na rotina de trabalho. (Enf. 04)

O conflito de processo, evidenciado na fala acima, diz respeito às rotinas, às normas e aos protocolos presentes no trabalho hospitalar. Obedecer às normas e rotinas costuma ser estressante para a equipe, tornando-os mais suscetíveis a sentimentos de luta, fuga ou agressão, uma vez que esses sentimentos já são consequências dos conflitos existentes na equipe (LAMPERT *et al.,* 2013; SILVA; DINIZ; ROSA, 2012; SPAGNOL *et al.,* 2010).

Outro tipo de conflito descrito por Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014) é o conflito de relacionamento. Neste tipo de conflito cada pessoa possui uma visão diferente de como se relacionar com a outra e com as situações que as circundam. Essas formas

diferentes de relacionar-se vêm de sua personalidade, caráter e educação. No relato que segue, podemos identificar o conflito de relacionamento.

[...]diferença de personalidade entre as pessoas, de criação de… de índole de caráter das pessoas, cada um tem uma personalidade diferente. (Enf. 06)

Neste relato, podemos compreender que a junção de pessoas que formam um grupo é composta por indivíduos com diferentes tipos de ideias, crenças e personalidades. É natural que as diferenças surjam em equipes que vivem longos períodos em conjunto, diariamente, porém nem todos sabem lidar com essas divergências, constituindo o conflito de relacionamento o tipo de conflito mais comum.

Outro tipo de conflito bastante presente na equipe de enfermagem é o conflito de tarefa no qual, por muitas vezes, a equipe entra em conflito por discordarem entre si sobre os procedimentos de enfermagem. Vemos, no próximo relato, um exemplo deste tipo de conflito.

[…] pensando numa técnica de curativo, digamos assim né? Um profissional acha que, de repente, assim seria melhor e o outro profissional acha que assim que seria melhor […]. (Enf. 03)

O excerto do dado apresentado pelo entrevistado aponta para uma importante situação que ocorre com frequência na equipe de enfermagem, neste caso, quando existem duas posições antagônicas quanto a um procedimento. Para resolver este conflito, o enfermeiro precisa possuir conhecimento teórico, técnico e científico para mediar tal situação e proporcionar educação em serviço (MARQUIS; HUSTON; 2015, SADE; PERES; WOLFF, 2014). Quando estes tipos de conflitos surgem o enfermeiro poderá identificar falhas conceituais e técnicas para então identificar a forma de proporcionar conhecimento adequado e qualificado à equipe, objetivando suprir as falhas da equipe.

Importa destacar as consequências negativas dos conflitos. Para tanto, é imprescindível, para o gestor de um setor, que saiba identificar as possíveis consequências que os conflitos podem gerar para o ambiente de trabalho e para o paciente (LIMA *et al.,* 2014). O enfermeiro não pode deixar que os prejuízos perdurem no ambiente hospitalar. Ele precisa tratar do problema em questão e, para isto, primeiramente deve fazer o diagnóstico correto da situação, entender como um determinado conflito surgiu e após empreender formas para tratá-lo evitando os prejuízos (SPAGNOL *et al.,* 2010; CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Encontramos autores como Silva, Diniz e Rosa (2012) que concordam que conflitos causam queda na qualidade e produtividade do serviço. Não podemos afirmar que somente os conflitos podem causar este declínio, pois seria colocar toda a culpa nos envolvidos. O enfermeiro tem sua parcela de contribuição no desenrolar de um conflito e, quando este não realiza a intervenção necessária, o resultado do trabalho da equipe fica comprometido. Nessa perspectiva, é importante que o

enfermeiro perceba quando o conflito se instala:

Se eu vejo que tá em alto nível que vai acarretar deficiência no trabalho, deficiência do desenvolvimento da equipe, eu faço mediação. (Enf. 08)

A fala da enfermeira entrevistada demonstra que existe preocupação com o resultado do conflito, fazendo-a intervir para afastar os males que os conflitos podem gerar. Tendo esta questão em perspectiva podemos considerar que o ponto negativo e destrutivo dos conflitos está ligado à forma como se lida com eles, e quem lida com conflitos deve ser o mediador, neste caso, o enfermeiro gestor do setor (SILVA; DINIZ; ROSA, 2012; MARQUIS; HUSTON, 2015).

Um grande problema identificado pelas enfermeiras entrevistadas, quando a equipe está envolvida em conflitos, é a predisposição para erros, conforme vemos no relato a seguir:

[…] eles estão mais predispostos ao erro também, e isso põe em risco, às vezes, a integridade física do paciente, né? Então, por isso que a gente cuida bastante isso. (Enf. 01)

A entrevistada identifica o conflito e percebe a consequência dele na assistência de enfermagem, tentando interferir de forma eficiente para que os problemas se dissolvam. Entretanto, uma pergunta é contundente nessa questão: quando o enfermeiro deve interferir? Nessa direção, a entrevistada abaixo entende que:

Quando interfere no processo de trabalho, quando tem um reflexo na qualidade da assistência ou na capacidade de concentração do profissional, aí eu acho que a gente tem que interferir. A gente não precisa interferir em todas situações da equipe, porque a equipe também cria a sua forma de convivência, sua forma de harmonia. E ela, por conviver diariamente, vai ter uma outra situação de conflito. (Enf. 04)

Nesse relato devemos considerar dois aspectos importantes. O primeiro, quando os conflitos causam declínio na qualidade da assistência, justificando a interferência direta do enfermeiro. O segundo aspecto consiste na afirmativa de que, por vezes, a equipe entende o problema e cria uma forma de conviver e de se reconciliar. A equipe pode, também, amadurecer e compreender a necessidade de tolerar uns aos outros para que a convivência seja mais harmônica.

No primeiro ponto, observamos um dos piores prejuízos que os conflitos podem trazer, que é o fato do profissional não conseguir prestar o atendimento que o paciente necessita, e o enfermo precisa de cuidados qualificados, precisa de um cuidado atencioso e humanizado. O segundo ponto diz respeito ao fato de que o indivíduo que gera o conflito anseia por sua solução, pois o conflito gera em si sentimentos depreciativos, e estes sentimentos estimulam as intenções de reconciliação. Autores partem do princípio de que o ser humano não gosta de viver em conflito, e isto faz com que muitas vezes a equipe crie seus meios para que melhore a convivência

(CARVALHO; PEDRUZZI; AYRES, 2014, MARQUIS; HUSTON, 2015). Entretanto, também existem pontos positivos a serem extraídos dos conflitos, como identificados no relato abaixo:

[…] Se for um conflito saudável, as vezes pode até engrandecer o nosso trabalho né? De repente, pra melhorar alguma coisa que a gente esteja fazendo que não tá muito boa, […] daqui um pouco a gente se reúne e gera uma discussão que né? Cada um acha que está certo, mas pra engrandecer o trabalho, a gente chega num denominador comum. (Enf. 03)

Essa percepção descrita pela enfermeira como "conflito saudável", se encaixa nas diferenciações tipológicas quanto à organização e tratamentos dos conflitos descritos por Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014) em que o autor cita o tratamento 'relações humanas' que se adéqua perfeitamente neste perfil de gestão, pois este tipo de tratamento se refere à possibilidade de que os conflitos na equipe devam ser aceitos, pois fornecem benefícios que podem ser úteis para o serviço.

A mediação enquanto um desafio na gestão de enfermagem

De acordo com Cahali (2012), a mediação é um instrumento que busca a pacificação das partes por meio de uma terceira pessoa que é o mediador e este tem a missão de facilitar a retomada do diálogo entre os envolvidos. Mediar é inteirar-se da situação e, estando inteirado, entender as diferenças que existem entre os membros envolvidos. A ação de mediar é indispensável para o sucesso de um trabalho que deve ser realizado em equipe.

A forma com que se media um conflito, bem como a importância dada a ele, vai definir tanto o sucesso quanto a organização e harmonia de uma equipe (CARVALHO; PEDUZZI; AYRE, 2014). Assim, podemos observar que os enfermeiros entrevistados entendem a mediação de formas diferentes, conforme os dados coletados nos permitem observar:

Eu acho que mediação é ter uma pessoa para tentar intermediar, né? Frente àquele conflito que está acontecendo ali, não sei se é bem isso, mas é mais ou menos assim, é ter mediador para mediar aquelas situações ali, que surgem. (Enf. 01)

Nesse relato podemos depreender que a mediação como uma "pessoa". Porém, a mediação tem natureza auto compositiva, e a "pessoa" a quem a entrevistada se refere é o mediador. É preciso pontuar que o mediador não se constitui na mediação em si, ele é parte integrante da mediação (CAHALI, 2012). No próximo relato, vemos outra visão equivocada quanto essa temática:

Eu entendo que é uma forma de a gente tentar apaziguar quando começam as pequenas intrigas ou até mesmo grandes discussões e conflitos entre a equipe de enfermagem. A gente, como enfermeiro gestor, tem que tentar botar panos quentes

e apaziguar, tentar acalmar eles pra que não virem maiores discussões, porque nós estamos num setor de trabalho que tem que ser calmo. (Enf. 08)

No excerto apresentado a enfermeira coloca a mediação como uma atitude de "botar panos quentes", de apaziguar a situação. Trata-se de uma concepção cultural de senso comum onde há uma tentativa de apenas amenizar ou disfarçar o real problema. Esta atitude, porém, não condiz com o sentido da mediação, que se configura em um acordo fixado entre as partes. A mediação objetiva o fim do conflito e a restauração do diálogo entre as partes envolvidas (CAHALI, 2012; SCAVONE JUNIOR, 2011)

Percebe-se que alguns enfermeiros adotam estratégias e formas adequadas para gerenciar conflitos e dar bom andamento ao trabalho. Dentre as formas de administrar os conflitos encontram-se: confrontação, abrandamento, negociação, evitar o conflito, retirada e peso da autoridade. Algumas dessas estratégias são utilizadas por nossas entrevistadas e puderam ser identificadas. Uma forma de administrar conflitos muito utilizada é a confrontação, conforme segue no relato:

[…] a gente vai juntar os três, para aquele conflito ser encerrado né, botar uma pedra em cima e daí vida que segue dali em diante. Para ele não se repetir novamente. (Enf. 01)

Essa estratégia é a confrontação e é apoiada por Silva, Diniz e Rosa (2012) que afirmam que o diálogo aberto entre as partes ainda é a melhor forma de se mediar um conflito. O confronto permite que ambas as partes exponham seu ponto de vista na presença de um mediador que irá facilitar o diálogo. Trata-se da forma clássica para se mediar um conflito e é a perfeita expressão da mediação, onde o mediador poderá aproximar as partes possibilitando ouvi-las para, então, ponderar as possíveis soluções e estabelecer um acordo viável.

Outra estratégia adotada pelas nossas entrevistadas, que também é bastante útil, é a negociação. A negociação deve ser utilizada dentro da confrontação, pois os envolvidos precisam estar frente a frente para negociar. Durante a negociação, Spagnol *et al.,* (2010) trazem a importância de um mediador que incentive as partes envolvidas a abdicar de sua razão para ouvir e compreender o outro.

Outra estratégia descrita na literatura e relatada pela nossa entrevistada é a técnica da retirada, na qual o mediador adia sua participação no conflito ou deixa que os envolvidos tentem resolver suas pendências sozinhos.

[…] os técnicos, os funcionários, eles até tentam contornar umas situações. Mas chega uma hora que não vai. Aí, para encerrar, para alinhar, para terminar com ele, a gente sempre entra e dá tipo…, faz a parte final, assim, para esclarecer as dúvidas, as situações que estão acontecendo. (Enf. 01)

Negligenciar a existência de um conflito, ou adiar as ações que objetivem o fim dele é muito arriscado. É necessário considerar que os conflitos causam prejuízos

para a convivência da equipe e podem resultar em danos aos pacientes (MARQUIS; HUSTON, 2015; RICCI; LIMA; BEGNAMI, 2017). Outra estratégia que o mediador pode usar para solucionar o conflito é chamada de peso de autoridade. Através desta estratégia o enfermeiro vai usar de sua autoridade para decidir algo que as partes envolvidas não conseguiram resolver.

[...] a equipe espera dum líder que ele seja justo [...] nem sempre tu vais ser justo para todas as partes, né? Então, quando tu vais mediar ou tentar se envolver no conflito, para que ele seja solucionado tu, às vezes, acabas não sendo justo com um, ou com outro, e aí eu acho que é um pouco desconfortável. (Enf. 04)

Vemos, nesse relato, a possibilidade de uma mediação, onde um dos lados não compreende a necessidade de chegar a um consenso, permanecendo em suas convicções. Nesse caso, o enfermeiro possui outro desafio, o de julgar. Quando não há acordo, concordamos com a posição de Silva, Diniz e Rosa (2012), o conflito deve ser julgado da forma que o mediador, no uso de seu bom senso e conhecimento, decida aquilo que achar mais justo. Nessa direção, podemos considerar que todos os conflitos que surgem devem ser mediados, pois sabemos que conflitos não são compatíveis com o trabalho em equipe, e com quem atende clientes (LAMPERT *et al.,* 2013; SILVA; DINIZ; ROSA, 2012, SADE; PEREZ; WOLF, 2014).

As formas de mediar um conflito são muito amplas e não podemos afirmar que uma estratégia que funcionou em uma situação funcionará para as demais. O importante a se destacar é que o enfermeiro tenha noção da real necessidade de solucionar todos os conflitos que surgem na equipe. Em sua função de gestor, o enfermeiro precisa perceber e identificar situações que estejam ocasionando os conflitos e, posterior à instauração das situações conflitantes, precisa estar disposto e capacitado para enfrentar uma mediação (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Mediar conflitos entre pessoas é uma tarefa desafiadora e de suma importância no exercício da enfermagem. A mediação de conflitos implica em diminuir prejuízos à equipe e aos pacientes, melhorando a assistência de enfermagem. Existem muitos tipos de desafios que o enfermeiro em sua função de gerente de equipe experiencia. Trata-se, porém, de desafios que devem ser enfrentados a fim de beneficiar o processo de trabalho como um todo. Dessa forma, cabe ao enfermeiro adequar cada membro da equipe em um local mais propício à sua personalidade e com pessoas que melhor convivam em equipe (MARQUIS; HUDSON, 2015; SILVA; DINIZ; ROSA, 2012).

As diferenças pessoais se refletem, não somente na convivência, mas também na forma de trabalho. Trata-se de outro desafio que o enfermeiro em sua função de gerente do serviço tem que aprender a enfrentar e que se evidencia no relato a seguir:

E ai eu entrei na equipe que tinha aquele que não fazia nada, aquelas que faziam tudo e tapavam o que que ele fazia, e aqueles que se queixavam da situação que eles viviam.. Enf. 02

A situação vivenciada pelo Enf. 02 implica em que haja uma intervenção rápida do gestor, pois essas situações podem gerar desânimo na equipe. Essas situações testam a capacidade de planejamento de estratégias do enfermeiro, pois ele precisará ter capacidade de intervir rápida e efetivamente em toda situação que possa causar déficit na qualidade do serviço. O enfermeiro precisa mostrar toda sua capacidade de negociação para achar uma forma de que todos trabalhem uniformemente, pois no caso de alguns trabalhadores entenderem que estão trabalhando de forma desigual, os conflitos podem começar a surgir de forma intergrupal (CARVALHAL *et al.,* 2009, MARQUIS; HUDSON, 2015).

Nesse âmbito, podemos afirmar que lidar com pessoas é um dos desafios do enfermeiro. Mediar um conflito requer cooperação de todas as partes envolvidas e principalmente o empenho em tornar as conciliações viáveis (CAHALI, 2012). Divergências nas opiniões e condutas na forma de executar o trabalho podem favorecer o nascimento e o agravo dos conflitos, tornando o fato em lidar com essas diferenças uma questão difícil e delicada. Assim, o mediador deve agir com seriedade, credibilidade e imparcialidade, diferenciando os tipos de personalidade e adotando estratégias adequadas a cada equipe e situação (LIMA *et al.,* 2014, RICCI; LIMA; BEGNAMI, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo observamos que não existe uma forma ou um método único para gerenciar conflitos. A melhor forma para resolvê-los é através da mediação, método que exige do enfermeiro conhecimento, transparência e ética. Os profissionais entrevistados nesta pesquisa mostraram-se resistentes ou adiam sua intervenção, o que pode estar relacionado à falta de compreensão e/ou à falta de habilidade para lidar com mediação de conflitos, fato que pode acarretar prejuízos no relacionamento entre profissionais e pacientes.

Esta pesquisa possibilitou perceber que muitas das técnicas preconizadas pelo referencial teórico da mediação são utilizadas, porém, não são reconhecidas como tal. As enfermeiras entrevistadas percebem que os conflitos podem trazer aspectos positivos e negativos para a equipe de enfermagem. Dentre os aspectos positivos se incluem a possibilidade de investigar fragilidades na equipe e na gestão. No lado negativo foi destacado o comprometimento da relação interpessoal entre a equipe e o declínio na assistência de enfermagem que prejudica o atendimento ao paciente.

Este estudo possibilitou evidenciar que os conflitos precisam ser mediados e, para isto, ressalta-se a importância de se instituir educação continuada em saúde sobre mediação de conflitos. Incentivar a utilização da mediação de conflitos enquanto uma ferramenta conceitual a ser aplicada no contexto das equipes hospitalares pode resultar em uma assistência de enfermagem integral e qualificada.

A mediação de conflitos pode proporcionar ambientes de trabalho nos quais a equipe de enfermagem trabalhe com mais prazer, o que consequentemente minimizaria os erros na assistência aos usuários.

REFERÊNCIAS

BERGAMIM, Marília Doriguello; PRADO, Cláudia. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 66, n. 1, p. 134-137, Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720130001000021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2017.

BEUREN, I. M. *et al.* **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade:** Teoria e Prática. 3. ed. 9. reimpr. São Paulo: Atlas, 2014.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103, Feb. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720120001000014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2017.

CAHALI, Francisco José. **Curso de arbitragem:** mediação, conciliação, resolução CNJ 125/2010. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. 395 p.

CARVALHAL, Eugenio do *et al.* **Negociação e administração de conflitos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2009. 183 p.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PEDUZZI, Marina; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul. 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

LAMPERT *et al*. Conflitos gerenciais: dificuldades para o enfermeiro gerente. **R. Enferm. e atenção à saúde,** Uberaba, MG, v. 2, n. 3, p. 96-105, 2013. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-27257. Acesso em: 18 out. 2016.

LIMA, S. B. S. *et al.* Conflitos Gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem da UFSM,** Santa Maria, RS, v. 4, n. 2, p. 419-428, abr./jun. 2014.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol Jorgensen. **Administração e liderança em enfermagem:** teoria e prática. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. xxvi, 653 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. 406 p.

RICCI, Lucas; LIMA, Willian Ferreira; BEGNAMI, Patrícia dos Santos. Gestão de conflitos no ambiente organizacional: uma análise teórica. **Revista ESPACIOS,** Caracas, Venezuela, v. 38, n. 24, p. 27, 2017.

SADE, Priscila Meyenberg Cunha; PERES, Aida Maris; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: Revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.,** Recife, v. 8, n. 6, p. 1739-45, jun. 2014. Disponível em: http://www.

revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4595/9377. Acesso em: 10 jun. 2017.

SCAVONE JUNIOR, Luiz Antonio. **Manual de arbitragem.** 4. ed., rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, c2011. 270 p.

SILVA, G. S.; DINIZ, B. G.; ROSA, V. G., Administração de conflitos: análise de percepções de enfermeiros gerentes. **R. Enferm. Cent. O. Min.,** São Jorge del-Rei, MG, v. 2, n. 3, p. 358-368, set./dez. 2012 Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/227/350. Acesso em: 18 out. 2016.

SPAGNOL, Carla Aparecida *et al.* Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 803-811, Sept. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2016.

VENDEMIATTI, Mariana *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1301-1314, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700039&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2016.

RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO EM CENTRO CIRÚRGICO: ESTUDO COM EQUIPES DE ENFERMAGEM

Karin Gabriele Bender[1]
Suzane Beatriz Frantz Krug[2]

INTRODUÇÃO

O trabalho, necessidade da vida social humana, significa muito mais do que um meio de subsistência, é via de aquisição de identidade pessoal, em que os profissionais são sujeitos que pensam e agem sobre o trabalho, ainda que as relações capitalistas dificultem tais ações (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1993; CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014). A atividade produtiva pode repercutir positiva ou negativamente na saúde do trabalhador, dependendo se as condições externas oferecidas atendam ou não à satisfação dos seus desejos inconscientes. Ou seja, quando o trabalho deixa de ter sentido ou quando é realizado em situações adversas, pode ser causador de doenças (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1993).

O trabalho em saúde pode ser elemento causador de sofrimento, pois sua produção é articulada a fatores econômicos, socioculturais, políticos e de gestão, e em muitos momentos, constitui-se de um trabalho fragmentado e engessado em normas e rotinas para alcance de produtividade. Além disso, contato com situações de sofrimento e morte, presentes nesse tipo de trabalho, pode desencadear desgaste físico, psíquico e social (PINALI, 2011; GLANZNER, 2014).

A equipe de enfermagem, elemento chave na operacionalização do trabalho hospitalar está inserida no contexto capitalista contemporâneo (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014). Seu processo de trabalho é marcado por características tayloristas/fordistas, como fragmentação de tarefas, hierarquia rígida, preocupação com procedimentos, rotinas, normas e escalas diárias de distribuição de tarefas (PINALI, 2011). O trabalho desses profissionais é invisibilizado e com pouco prestígio social, havendo exploração da força de trabalho, traduzida em baixos salários, longas jornadas e falta de reconhecimento (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN HAMANN, 2011).

Devido a baixos salários, parte desses trabalhadores opta por mais de um emprego, que os leva a permanecerem no ambiente hospitalar a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, elevando o tempo de exposição aos riscos à saúde existentes nesses locais (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

Em uma instituição hospitalar, o Centro Cirúrgico (CC) é um setor complexo, pois trata-se de uma unidade fechada e restrita, com grande investimento financeiro dos hospitais. Nele estão concentrados recursos humanos e materiais necessários para atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, recuperação anestésica e pós operatória imediata através da ação de uma equipe composta por profissionais de diferentes especialidades. Dentre os profissionais que compõem a equipe cirúrgica, estão os trabalhadores de enfermagem, cujo trabalho objetiva atender demandas da dinâmica em centro cirúrgico e dispensar cuidados fisiológicos e emocionais aos pacientes (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Trata-se de um trabalho que exige da equipe de enfermagem habilidade para manuseio de tecnologias sofisticadas, conhecimento científico, responsabilidade, habilidade, agilidade técnica e estabilidade emocional (VOGT; FREITAS, 2012).

Alguns estudos já propuseram avaliar riscos de adoecimento no trabalho da enfermagem, todavia, são escassos os estudos em CC. Pela especificidade deste setor, pressupõe-se que existam fatores que possam interferir na saúde do trabalhador, como o sofrimento em relação ao iminente risco de morte dos pacientes, baixa satisfação com o trabalho, vivências de stress, relações interpessoais dificultadas e demanda de esforço físico excessiva (AQUINO, 2005; SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012; SCHMIDT; DANTAS, 2006; MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003).

Ressalta-se que estudos com a temática trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem contribuem para o planejamento de estratégias no âmbito da saúde do trabalhador, para que se possa proporcionar práticas profissionais em consonância com os desejos dos profissionais e que visem satisfação, valorização do trabalhador e promoção da saúde dos sujeitos no ambiente laboral. Diante do exposto, este artigo objetiva avaliar riscos de adoecimento relacionados ao trabalho de equipes de enfermagem de unidades de centro cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa. A amostra do estudo foi constituída por técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam em CC há no mínimo seis meses em dois hospitais (A e B) de um município do Rio Grande do Sul. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que atuam exclusivamente em Setor de Materiais e Esterilização (CME) e/ou que estavam em período de licença ou férias. Uma amostra de 62 indivíduos aceitou participar do estudo, o que corresponde a 75% da população do estudo (82 sujeitos). Dos 62 trabalhadores, 29 estão alocados nos turnos de trabalho da manhã, tarde e noite do CC do hospital A e, 33 alocados nos turnos da manhã e tarde do CC do hospital B.

O Hospital A é uma instituição sem fins lucrativos, com atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. Dispõem de 81 leitos e é referência

oncológica na região. O CC possui um número aproximado de 40 trabalhadores de enfermagem distribuídos nos turnos da manhã, tarde e noite. Quanto à infraestrutura, possui sete salas cirúrgicas e oito leitos em Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA). Realiza uma média de 600 procedimentos mensais. Já o Hospital B, trata-se de um hospital escola, filantrópico sem fins lucrativos que realiza atendimentos via SUS, convênios e particulares. O CC possui 42 trabalhadores de enfermagem alocados nos turnos da manhã, tarde e noite. Conta com sete salas cirúrgicas, onde são realizados mais de 500 procedimentos mensais de pequeno, médio e grande porte e 14 leitos em SRPA.

Os dados foram produzidos a partir de questionário composto por nove questões fechadas sobre perfil sócio demográfico e ocupacional dos trabalhadores e através de um questionário autoaplicável e validado através de estudos de Mendes e Ferreira (2007), denominado: "Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento". O ITRA é composto por quatro dimensões que avaliam a inter-relação entre trabalho e adoecimento: Escala de avaliação do contexto de trabalho; Escala de custo humano no trabalho; Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho; Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho. Para este estudo, foram analisadas a escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT) e a escala de custo humano no trabalho (ECHT).

A dimensão que corresponde à EACT é composta por 31 questões que visam captar as representações que os trabalhadores fazem do seu contexto de trabalho, no que diz respeito às condições (qualidade do ambiente físico, posto de trabalho e material disponibilizado para a execução do trabalho), à organização (divisão do conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho) e às relações socioprofissionais (modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional). É uma escala do tipo *likert* de 5 pontos construída com itens negativos onde o sujeito escolhe a alternativa que mais se adeque ao seu contexto de trabalho no que diz respeito à frequência de ocorrência de determinadas situações, em que: 1 = nunca, 2= raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre.

A dimensão que corresponde à ECHT é composta por 32 questões que avaliam o custo físico (dispêndio fisiológico e biomecânico imposto ao trabalhador pelas características do contexto da produção), cognitivo (dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho) e afetivo (dispêndio emocional, sobre a forma de reações afetivas, sentimentos e estados de humor). A ECHT também é uma escala do tipo *likert* de 5 pontos em que o sujeito escolhe a alternativa que melhor corresponde à avaliação que faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho, em que: 1= nunca exigido, 2 = pouco exigido, 3 = mais ou menos exigido, 4 = bastante exigido e 5 = totalmente exigido.

A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio do ano de 2017. Os instrumentos de coleta e as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram

entregues aos sujeitos que aceitaram participar do estudo e que foram orientados a responder as questões no seu turno de trabalho, enquanto a pesquisadora permanecia no local. Os trabalhadores que estavam envolvidos em atividades cirúrgicas foram orientados a levarem os instrumentos para casa e retorná-los em cinco dias úteis, ocasião em que a pesquisadora retornou às instituições para o recolhimento dos questionários preenchidos e TCLE assinados. Não houve devolução de 20 instrumentos de coleta.

Os dados do ITRA foram organizados através de tabelas no programa *Microsoft Excel* e analisados estatística e descritivamente através do cálculo da média por fator e por questão, considerando-se o ponto médio e o desvio padrão. Assumiram-se como resultados da avaliação, os seguintes valores de médias: acima de 3,7 = avaliação negativa, grave; entre 2,3 e 3,69 = avaliação moderada/crítica; e abaixo de 2,29 = avaliação positiva/satisfatória. Resultados classificados como satisfatórios apontam vivências de bem-estar no trabalho, aspecto a ser mantido no ambiente laboral. Os resultados tidos como moderados/críticos, demonstram uma situação potencializadora do mal-estar, tratando-se de risco de adoecimento, com necessidade de intervenção a curto e médio prazo. Já o resultado negativo/grave significa vivências de mal-estar ocupacional e indica um forte risco de adoecimento, exigindo da organização de trabalho providências imediatas nas causas para eliminá-las ou atenuá-las (MENDES; FERREIRA, 2007).

O estudo respeitou os princípios éticos descritos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) sob o parecer número 1.885.975.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos trabalhadores mostra que dos 62 trabalhadores de enfermagem estudados, 51,61% estão situados na faixa etária de 20 a 30 anos. Os outros 35,48% pertencem à faixa etária de 31 a 40 anos, demonstrando a predominância de uma força de trabalho jovem nos CC das duas instituições. Os outros 11,29% dos sujeitos estão situados entre a faixa etária de 41 a 50 anos e 1,61% dos sujeitos não declararam a faixa etária a qual pertencem. Um estudo demonstrou que apesar de mais jovens, os trabalhadores de enfermagem apresentam maior frequência de afastamentos por problemas de saúde mental em comparação com outras categorias profissionais, permanecendo mais dias afastados do trabalho (ARAUJO *et al.,* 2014).

Evidenciou-se que os trabalhadores de enfermagem pertencem majoritariamente ao sexo feminino, com 82,25% do total da amostra. Esse resultado concorda com dados constantes na literatura sobre a predominância do gênero feminino na profissão, remetendo às raízes históricas da profissão, que considerava a mulher como cuidadora natural pela sua natureza feminina. O acúmulo de atribuições, com

jornadas duplas ou triplas pode conduzir a mulher a vivências de stress emocional (SPÍNDOLA, 2000; ALMEIDA *et al.,* 2016).

Acerca do perfil ocupacional, 82,25% dos trabalhadores estão formados entre um a 10 anos e 74,15% atuam em CC entre um a seis anos. 77,41% dos sujeitos declararam possuir um emprego, assemelhando-se a um estudo recente onde 63,7% da equipe de enfermagem declarou também possuir um trabalho (MACHADO *et al.,* 2015). Dos 14 sujeitos que referiram possuir outro trabalho, nove atuam em outras áreas hospitalares, estando "duplamente" expostos a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psicossocial. Das cargas horárias, 69,35% dos trabalhadores atuam no regime de 36 horas semanais. É reconhecido que as longas jornadas de trabalho estão associadas ao aumento de eventos adversos na saúde e ao adoecimento dos trabalhadores (MACHADO *et al.,* 2015).

AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DO TRABALHO

A avaliação geral dos fatores "organização do trabalho", "relações socioprofissionais" e "condições de trabalho" pertencentes à escala de avaliação do contexto de Trabalho (EACT) encontra-se descrita na tabela 1.

Tabela 1 - Avaliação geral por fator da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) nos Centros Cirúrgicos das duas instituições pesquisadas

Fator	Média ($\bar{x}$)	Desvio padrão ($\pm$)	Avaliação
Organização do Trabalho	3,25	0,56	Moderada, crítica
Relações sócio profissionais	2,40	0,61	Moderada, crítica
Condições de Trabalho	2,27	0,62	Positiva, satisfatória

Fonte: dados da pesquisa (2017).

O fator organização do trabalho obteve escore que corresponde à avaliação moderada/crítica. Esse resultado pode demonstrar que o trabalho em CC está inserido em uma estrutura organizacional com características que podem ou não predispor ao adoecimento dos trabalhadores. Aspectos relativos à divisão e conteúdo das tarefas, sistema hierárquico e relações socioprofissionais são estabelecidos a partir de determinadas características do sistema de produção que, por sua vez, determinam a estrutura organizacional na qual o trabalho é desenvolvido. Assim, à medida que o indivíduo se insere em uma estrutura organizacional está sujeito a diferentes variáveis que podem ser elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador. A promoção de saúde dos trabalhadores está ligada à organização do trabalho, no que diz respeito à viabilização das alternativas de atuação dos trabalhadores e à apropriação do saber e do poder decisório do trabalho pelo trabalhador (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1993).

Embora a avaliação geral do fator "organização de trabalho" nas duas instituições foi classificada como moderada/crítica, quatro questões merecem destaque, pois isoladamente obtiveram avaliação considerada grave, ou seja, aspectos com necessidade de intervenção imediata: "existe forte cobrança por resultados", "as normas para a execução das tarefas são rígidas"; "existe fiscalização do desempenho" e "as tarefas são repetitivas".

No trabalho em CC, com características tayloristas de produção, o trabalhador de enfermagem é submetido a um trabalho com tarefas fragmentadas, modo de execução e ritmo preestabelecido por outra pessoa (CAMPOS; DAVID; SOUZA, 2014). O programa cirúrgico precisa ser cumprido em tempo hábil, demandando um ritmo de trabalho acelerado (MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003). Esse ritmo é imposto pela dinâmica do mapa cirúrgico e pelos cirurgiões, haja vista que o circulante de sala, o instrumentador e demais profissionais precisam prover as necessidades do cirurgião no tempo estabelecido por ele. Trata-se de um trabalho repetitivo, mecanizado, sobre pressão em que há a iminência de morte do paciente, não sobrando lugar para a atividade fantasiosa (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Esses fatores podem acumular energia psíquica no trabalhador, transformada em fonte de tensão, astenia e, posteriormente, podendo transformar-se em adoecimento (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1993)

O fator relações socioprofissionais foi avaliado globalmente como moderado/crítico. O conceito desse fator engloba elementos que se inter-relacionam e nas quais se expressam as relações profissionais de trabalho. Relacionam-se com esse fator as interações hierárquicas, interações coletivas entre a equipe de trabalho e interações com usuários (MENDES; FERREIRA, 2007). Aspectos de integração e cooperação entre colegas produzem efeitos benéficos para o sofrimento característico dos serviços de saúde, marcados pela doença, dor e pela morte, auxiliando para o não adoecimento do trabalhador e favorecendo a sua saúde (BARROS, 2012). Todavia, se reconhece as relações socioprofissionais de CC como hierarquizadas, assimétricas e caracterizadas por mecanismos instituídos de poder, o que pode dificultar o trabalho em equipe e a colaboração que deve existir entre os diferentes profissionais de saúde (GOMES, 2009) Uma vez que o trabalho em CC é essencialmente coletivo, a ocorrência de lacunas na interação e comunicação entre os sujeitos pode predispor a erros no processo de trabalho e gerar sentimentos de tensão, estresse e desgaste (BARROS, 2012).

Acerca das interações com os usuários, é reconhecido que vivências de satisfação no trabalho em saúde estão ligadas a diversos fatores, sendo a interação com o paciente um fator importante. Essa interação é fonte de prazer quando o usuário reconhece e sinaliza que o profissional foi fundamental para o reestabelecimento da sua saúde. Como a cirurgia é um fragmento de todas as ações que configuram o processo de resgate de saúde dos pacientes, em CC as atividades

sofrem descontinuidade. O curto tempo de permanência do paciente no setor e o fato de ele estar sob efeito anestésico restringe a interação entre trabalhador e usuário (MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003).

Já as questões do fator relações socioprofissionais "as tarefas não estão claramente definidas", "existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados"; "falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional e "as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso" foram avaliadas como positivas/satisfatórias, demonstrando que esses aspectos não são julgados pelos trabalhadores como uma dificuldade. Assim, percebe-se que os trabalhadores reconhecem que existem aspectos positivos e negativos no que diz respeito às relações socioprofissionais, indicando que no trabalho dos dois CC estudados podem existir lacunas na interação e comunicação entre trabalhadores e chefias.

Neste estudo, o fator "condições de trabalho" foi avaliado como positivo/satisfatório, embora se reconheça os hospitais como um ambiente que proporciona aos seus funcionários condições de trabalho piores do que as verificadas na grande maioria dos outros setores de atividade (PAFARO; FIGUEIREDO, 2004). Nesse sentido, de maneira geral, na percepção dos trabalhadores de CC as condições de trabalho são consideradas seguras e estão de acordo com o trabalho a ser executado. As condições de trabalho são definidas como qualidade do ambiente físico, do posto de trabalho e do material disponibilizado para a execução do trabalho, o que significa adequada infraestrutura, recursos humanos e materiais em quantidade e qualidade para a execução das tarefas (MENDES; FERREIRA, 2007). Quatro questões desse fator obtiveram avaliação crítica. Todos os aspectos com essa avaliação dizem respeito a características físico-estruturais. Acredita-se que, embora reconheçam que as condições de trabalho oferecem riscos à sua saúde, os sujeitos estão adaptados e naturalizaram a forma como as condições de trabalho estão postas.

Por último, ao analisar isoladamente os fatores que compõe a EACT, notou-se que os resultados de média são semelhantes nos dois hospitais estudados. Este resultado, nos três fatores, pode denotar particularidades inerentes ao trabalho em CC e não questões relacionadas especificamente à gestão e ao ambiente institucional.

AVALIAÇÃO DO CUSTO HUMANO NO TRABALHO

Os resultados da avaliação da Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT) para os fatores "custo afetivo", "custo cognitivo" e "custo físico" encontram-se descritos na tabela 2 e, de maneira geral, obtiveram avaliação moderada/crítica, demonstrando que os trabalhadores de enfermagem dos CC estudados reconhecem que estão submetidos a exigências afetivas, cognitivas e físicas importantes.

Tabela 2: Avaliação geral por fator da Escala de Avaliação do Custo Humano no Trabalho (ECHT) nos Centros Cirúrgicos das duas instituições pesquisadas

Fator	Média ($\bar{x}$)	Desvio padrão ($\pm$)	Avaliação
Custo afetivo	2,72	0,74	Moderada, crítica
Custo cognitivo	3,53	0,78	Moderada, crítica
Custo físico	3,56	0,91	Moderada, crítica

Fonte: dados da pesquisa (2017).

As exigências afetivas do trabalho dizem respeito ao dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas (MENDES; FERREIRA, 2007). Nas atividades executadas pelos trabalhadores da enfermagem ocorrem vivências diretas e ininterruptas do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e outras reações desencadeadas pelo processo de adoecimento que exigem do trabalhador muita energia para equilibrar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012; BATISTA, 2011). No trabalho em CC, não é diferente, o que exige do trabalhador um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas frente às exigências afetivas do trabalho da enfermagem. Uma avaliação moderada/crítica pode denotar que os sujeitos estão obtendo sucesso ao se utilizarem desses mecanismos. Um estudo verificou que trabalhadores de enfermagem de CC procuram se proteger das exigências afetivas que implicam em algum grau de sofrimento, através da negação das emoções ao invés de lidarem com esse tipo de sentimento por meio da elaboração do problema, elevando, assim, a carga afetiva do trabalho (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012; BATISTA, 2011).

Isoladamente, três questões do fator custo afetivo foram avaliadas como positivas: “ser obrigado a elogiar as pessoas”; “ser submetido a constrangimentos’ e “ser obrigado a sorrir”, demonstrando que os sujeitos não consideram que o seu contexto de trabalho exige esse tipo de comportamento. No fator custo cognitivo, que diz respeito às exigências em termos de dispêndio intelectual sob a forma de aprendizagem necessária, de resolução de problemas e de tomada de decisão, obteve-se uma avaliação igualmente moderada/crítica. Há situações que exigem que o trabalhador utilize criatividade para resolver os desafios impostos pelo trabalho. Quando o sujeito elabora criativamente imprevistos e problemas, ele consegue transformar de maneira saudável as adversidades vivenciadas no trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1993).

O trabalho em saúde é marcado por imprevisibilidade, pois não se tem controle sobre as condições de saúde das pessoas. Um estudo observou a presença de sofrimento psíquico em profissionais de enfermagem de CC em situações específicas que implicam imprevisibilidade, como a entrada de pacientes vítimas de trauma e acidentes no mapa cirúrgico, pois nessas situações, o tempo para poder socorre-los é

escasso, exigindo habilidades de resolução de problemas e agilidade do profissional (SEMENIUK; DURMAN; MATOS, 2012). Fatores como ritmo de trabalho, modelo de gestão e interações profissionais podem contribuir para elevar o custo cognitivo na execução das atividades (MENDES; FERREIRA, 2007). Uma vez que o trabalho em CC é caracterizado por um ritmo de trabalho acelerado e que, neste estudo, os fatores sobre relações socioprofissionais e organização do trabalho foram avaliados como críticos, suscita-se a hipótese que esses aspectos podem estar elevando em algum grau o custo cognitivo no trabalho dessas equipes.

Cinco questões do fator custo cognitivo foram avaliadas como graves: “ser obrigado a lidar com imprevistos”, “usar a visão de forma contínua”; “usar a memória”; “ter concentração mental” e “usar a criatividade”, situações essas constantemente presentes nas atividades cirúrgicas. Em CC é comum os trabalhadores se depararem com imprevistos, como atrasos dos cirurgiões que alteram a dinâmica do mapa cirúrgico, equipamentos e materiais que faltam ou não funcionam e entrada de pacientes com necessidade de intervenção imediata na agenda cirúrgica. Essas situações exigem que o trabalhador mobilize habilidades cognitivas como uso da memória e criatividade para resolver os problemas.

O fator custo físico, que representa o custo corporal em termos de dispêndio fisiológico e biomecânico sob a forma de posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física, obteve-se uma avaliação moderada/crítica (MENDES; FERREIRA, 2007). Esse resultado é semelhante a estudos sobre atividades nas unidades de CC que requerem o uso de esforço físico e são caracterizadas como excessivas, devido ao preparo das caixas de instrumentais cirúrgicos e a transferência e mobilização de pacientes sedados ou anestesiados. O dispêndio elevado de força muscular e gasto excessivo de energia física pode ocasionar problemas de postura e fadiga geral nos trabalhadores (MEIRELLES; ZEITOUNE; 2003). Esse fato torna-se ainda mais grave à medida em que se tem o predomínio de trabalhadoras mulheres conforme verificado neste estudo (SCHMIDT; DANTAS, 2006).

Além disso, cinco questões do fator obtiveram uma avaliação considerada grave: “utilizar os braços de forma contínua”, “caminhar”; “ser obrigado a ficar em pé”; “usar as pernas de forma contínua” e “utilizar as mãos de forma repetida”. Todas essas ações, cujas questões foram avaliadas negativamente, estão presentes no trabalho em CC, estando relacionadas às atividades dos instrumentadores e dos circulantes, podendo predispor ao desgaste e adoecimento do corpo físico do trabalhador, em especial, o desenvolvimento de lesões por esforço repetitivo e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, pois inclui movimentação rotineira e repetitiva dos membros superiores (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1993; MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014).

Igualmente aos resultados obtidos nos fatores da EACT, todos os 3 fatores da ECHT obtiveram médias semelhantes nos dois hospitais, o que faz refletir novamente

que se tratam de particularidades constantes no trabalho de CC e não de aspectos relacionados às instituições hospitalares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu melhor compreensão de aspectos envolvidos no trabalho das equipes de enfermagem de Centro Cirúrgico em duas instituições hospitalares sobre o contexto e custo humano no trabalho. Levanta-se a hipótese de que, embora reconheçam que as condições oferecem riscos à saúde, os sujeitos estão adaptados e naturalizaram a forma como as condições e as exigências de trabalho estão postas.

Embora questões institucionais possam implicar na saúde do trabalhador, o fato dos resultados de médias das duas dimensões pesquisadas em ambos os Centros Cirúrgicos serem semelhantes, fortalece as informações contidas na literatura que mencionam este ambiente e tipo de trabalho como naturalmente insalubres.

Acredita-se que os achados podem auxiliar a direcionar ações em saúde do trabalhador nas instituições pesquisadas, a fim de evitar que os fatores identificados como moderados/críticos e negativos/graves não gerem danos à saúde dos trabalhadores. Sugere-se a promoção de medidas que fortaleçam os trabalhadores de enfermagem enquanto coletivo, ou seja, a criação de meios que estimulem relações socioprofissionais positivas no trabalho. As estratégias que se dão no âmbito coletivo facilitam a construção de ferramentas para mobilizar transformações. Ações que viabilizem o debate e reflexões sobre a forma como o processo de trabalho está organizado nas instituições de saúde e a politização dos profissionais de enfermagem são elementos fundamentais para a consolidação de práticas profissionais mais saudáveis. Como limitação do estudo, cita-se o fato de que o ITRA fornece um olhar global dos fatores avaliados. Para um estudo mais aprofundado e/ou que estabeleça relações causais é necessário associar outros instrumentos à coleta dos dados com o ITRA.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Deybson Borba de *et al*. Sexist stereotypes in portuguese nursing: A historical study in the period 1935 to 1974. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 228-235, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

AQUINO, J. M. D. **Estressores no Trabalho das Enfermeiras em Centro Cirúrgico:** Consequências profissionais e Pessoais. 2005. Tese (Doutorado em enfermagem psiquiátrica)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto. Disponível em: http//doi:10.11606/T.22.2005.tde-19102006-154614. Acesso em: 16 abr. 2019.

ARAÚJO, G. S. *et al.* Perfil de trabalhadores de enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, 2014. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3134/2408. Acesso em: 16 abr. 2019.

BATISTA, K. M. **Stress e Hardiness entre enfermeiros hospitalares.** 2011. Tese (Doutorado em saúde do adulto)– Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BARROS, N. M. G. C. **Riscos de adoecimento no trabalho estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital regional Mato-Grossense.** 2012. Dissertação (Mestrado em admistração)– Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2012.

CAMPOS, Juliana Faria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; SOUZA, Norma Valeria Dantas de Oliveira. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100090&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho** – contribuições da escola Dejouriana à análise de prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1993.

GLANZNER, C. H. **O descompasso entre o trabalho real e o prescrito:** prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de saúde da família no Grupo Hospitalar Conceição. 2014. Tese (Doutorado em enfermagem)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GOMES, M. C. D. S. M. A. **Organização e gestão do centro cirúrgico de um hospital universitário de Belo Horizonte – Minas gerais.** 2009. Dissertação (Mestrado em saúde e enfermagem)– Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de Trabalho da Enfermagem: aspectos gerais. **Enferm. Foco,** Salvador, Bahia, v. 6, n.1/4, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.691. Acesso em: 16 abr. 2019.

MENDES, A. M. B.; FERREIRA, M. C. **Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA:** instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 111-126.

MEIRELLES, F.; ZEITOUNE, R. C. G. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 78-88, abr. 2003. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1121. Acesso em: 16 abr. 2019.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (org.). **Atenção à saúde mental do trabalhador:** sofrimento e transtornos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

PAFARO, R. C.; FIGUEIREDO, M. M. D. M. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Ver. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, 2004. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200005. Acesso em: 16 abr. 2019.

PINALI, W. L. **Prazer e Sofrimento:** Estudo de caso com docentes de uma Instituição

Federal de Ensino de Minas Gerais. 2011. Dissertação (Mestrado em organização e estratégia)– Faculdade Novos horizontes, Belo Horizonte, 2011.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 54-60, feb. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

SEMENIUK, A. P; DURMAN, S.; MATOS, F. G. D. O. A. Saúde mental da equipe de enfermagem de centro cirúrgico frente à morte. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 17, n. 4, out./dez. 2012. Disponível em: http://sobecc.org.br/arquivos/artigos/2012/pdf/5.pdf. Acesso em: 16 abr. 2019.

SHIMIZU, Helena Eri; COUTO, Djalma Ticiani; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 565-572, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP,** São Paulo, v. 34, n. 4, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 abr. 2019.

VOGT, R. M.; FREITAS, E. C. D. Gestão organizacional em um centro cirúrgico de um hospital da grande Porto Alegre. **Rev. Gestão e desenvolvimento,** Novo Hamburgo, RS, v. 9, n.1, 2012, Disponível em: http://dx.doi.org/10.25112/rgd.v9i1.1004. Acesso em: 16 abr. 2019.

FATORES ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE

Ahlana Francine Trevisan[1]
Mari Ângela Gaedke[2]

INTRODUÇÃO

O Brasil tem instituído no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), sendo um dos poucos países no mundo que garante acesso universal a transplantes de órgãos e tecidos pelo sistema público de saúde. Para que ocorra a captação de órgãos e tecidos é preciso que o doador esteja em Morte Encefálica (ME), que conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 8 de agosto de 1997, é definida como a parada total e irreversível das funções encefálicas.

Os profissionais de saúde que normalmente estão mais envolvidos na assistência direta aos pacientes em ME, é a enfermagem, que presta uma assistência direta e ininterrupta nas 24 horas do dia, sendo o elo entre a família e a instituição hospitalar (MOZACHI; SOUZA, 2010).

Normalmente o diagnóstico de ME acontece no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e este processo envolve exames clínicos e complementares, que refletem na ausência de reflexos do tronco cerebral. Diante do diagnóstico de ME, o paciente passa a ser visto, pela equipe, como um potencial doador e, a partir desse momento, inicia-se a abordagem familiar para a doação de órgãos (SANTOS; SOARES, 2014). Esse processo de captação de órgãos e tecidos será, então, conduzido pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Os cuidados com o paciente em ME e potencial doador, são, por diversas vezes, desgastantes em virtude das várias alterações fisiológicas que podem ocorrer, principalmente quanto às condições hemodinâmicas, que, se não forem manejados de forma rápida e efetiva, podem comprometer a manutenção e doação de um ou mais órgãos (SOUZA *et al.,* 2013).

1 Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

Dessa forma, a assistência de enfermagem a pacientes em ME é caracterizada por inúmeras situações que a colocam como estressante. Estudos têm demonstrado que vários fatores da assistência a esses pacientes são desgastantes, como dúvidas com a assistência ao potencial doador, medo da morte, ambiente estressante, entre outros (SOUZA *et al.,* 2013).

Cabe ainda ressaltar que esse momento é de grande fragilidade para os familiares, havendo a necessidade extrema de sensibilidade por parte da equipe para a realização da abordagem e obtenção do parecer positivo para a doação. A equipe de enfermagem traz, em sua essência, o cuidado e, nesse momento, não pode ser diferente. A relação estabelecida com a família do potencial doador necessita ser verdadeira a fim de que este possa sentir-se minimamente confortável.

Essa situação, na qual a equipe de enfermagem precisa saber lidar com a família e cuidar de uma pessoa com morte encefálica, pode gerar nos profissionais sentimentos de sofrimento, angústia, insegurança, entre outros. Nesse sentido, é importante saber como a equipe lida com o estresse gerado e quais estratégias são utilizadas para o enfrentamento dessa situação. Para Santos e Alves (2007), o estresse é compreendido como uma resposta não específica do organismo diante de qualquer situação que ameace o indivíduo, gerando uma necessidade de mobilização para enfrentar o agente causador do desequilíbrio biopsicossocial.

Diante desse contexto, pretendeu-.se investigar as estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem frente aos fatores estressores presentes no processo de captação de órgãos para transplante em uma UTI de um hospital de ensino. Ao se reconhecer os resultados gerados pelos estressores no ambiente de trabalho, pode-se desenvolver estratégias que irão auxiliar a minimizar seus efeitos, podendo, assim, tornar o cotidiano menos desgastante para os profissionais envolvidos nesse processo.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de caráter descritivo exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvida em uma UTI de um Hospital de Ensino, localizado no Vale do Rio Pardo, com dez leitos de internação. A instituição conta com a CIHDOTT, que gerencia o processo de captação de órgãos, detectando possíveis doadores de órgãos e tecidos e viabilizando o diagnóstico de morte encefálica, além de realizar abordagens às famílias de potenciais doadores e prestando-lhes apoio psicológico.

Os sujeitos da pesquisa foram os técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuavam na UTI, contando com uma equipe de enfermagem composta por quatro enfermeiros, em torno de 20 técnicos de enfermagem e um enfermeiro coordenador. Os critérios de inclusão para a constituição da amostra foram: atuar no setor no mínimo há um ano e ter participado, pelo menos, de dois processos de captação.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada durante o horário de trabalho dos funcionários e foram conduzidas de acordo com roteiro pré-estabelecido, em sala reservada e conforme agendamento prévio com o entrevistado e a coordenação do setor. As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora e posteriormente transcritas na íntegra.

Os dados coletados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

O estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sendo aprovado sob parecer nº 1.300.626, assim como foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa. Para assegurar o anonimato dos profissionais, os mesmos tiveram seus nomes substituídos, respectivamente pela letra E e T, seguido de um número romano, sendo: T para Técnicos de Enfermagem e E para Enfermeiros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados passaram pela análise temática, em que, após a leitura exaustiva do material, realizaram-se recortes do texto e classificação das respostas, de forma que foram identificadas três principais categorias: Fatores estressores no processo de captação de órgãos; Estratégia de enfrentamento: negação; e Ambiente estressor: quem cuida do cuidador?

O total de sujeitos que atenderam aos critérios de inclusão foram 15, e houve apenas uma recusa para participação na pesquisa. Dessa forma, a amostra foi composta por 14 sujeitos, sendo 4 enfermeiras e 10 técnicos de enfermagem. Entre os enfermeiros, todos eram do sexo feminino, com média de idade de 36 anos, com variação entre 29 a 49 anos. O turno de trabalho variou entre manhã (1), tarde (2) e noite (1). O tempo de formação médio foi de 10 anos, com variação entre 2 a 25 anos e o tempo de atuação na UTI teve média de 4 anos, variando de 1 a 25 anos de trabalho.

Quanto aos técnicos de enfermagem, também houve predomínio de 100% do sexo feminino, com idade média de 35 anos, com variação de 25 a 47 anos. O turno de trabalho variou entre manhã (2) e noite (8). No turno da tarde não houve entrevistados pelo fato da maioria dos funcionários estarem em atuação a menos de 1 ano. O tempo de formação médio foi de 10 anos com variação de 4 a 17 anos e o tempo de atuação na UTI ficou com média de 7 anos com variação entre 3 a 22 anos de trabalho.

Quanto ao tempo de atuação dos sujeitos verificou-se que a maioria atua há pouco tempo no setor, o que pode ter limitado o aprofundamento dos objetivos

da pesquisa, uma vez que os entrevistados tiveram poucas vivências de cuidado a indivíduos em ME. Pois aprender a lidar com a morte e a perda é um processo contínuo que vai se construindo a partir de vivências reais (MOTA *et al*., 2011).

Fatores estressores no processo de captação de órgãos

Para fins da análise dessa categoria, entende-se fator estressor como aquele que desencadeia uma série de manifestações e alterações emocionais, fisiológicas, cognitivas ou comportamentais no sujeito, caracterizando-se assim, como aquele que produz estresse (CINQUE; BIANCHI, 2010). Dessa forma, ao analisar essa categoria, emergiram quatro subcategorias temáticas, sendo elas: o contato com a família, pacientes jovens, processo demorado e a falta de treinamento, as quais são abordadas a seguir.

Contato com a família

O principal fator estressor no processo de cuidado ao paciente em morte encefálica colocado por 12 sujeitos foi o contato com a família. Em suas falas observou-se que o que gera estresse é ver a família chorar e falar sobre como era o contanto com o paciente em ME, bem como os questionamentos que a família faz à equipe, conforme exemplificado na seguinte fala: "*O que gera estresse é quando é dada a notícia pra família que o paciente evoluiu para ME e daí a família vai até o paciente e a gente vê pela tristeza, pela negação deles em aceitarem e isso acaba gerando um estresse no ambiente"* (TII).

Conforme Cavalcante *et al.* (2014), o contato com a família é um elo muito importante, mais do que informar sobre o estado do paciente potencial doador, é essencial que estejam disponíveis e abertos para perceber necessidades dos familiares, não apenas informando a condição real do paciente em ME, mas também para ajudá-los a compreender a realidade de como ela se apresenta. Dessa forma, torna-se imprescindível o estabelecimento de vínculo entre a equipe de enfermagem e a família.

Na unidade pesquisada, a partir do momento em que está confirmada a ME, tem-se por rotina horários de visita mais flexíveis e maior número de visitantes. Isso demonstra que a equipe de enfermagem compreende a importância do contato da família com o paciente nesse momento, apesar disso ser para a equipe um fator gerador de estresse.

Através dos relatos pode-se também perceber como o contato com a família é gerador de estresse para a equipe ao despertar emoções negativas como a tristeza. Essa situação pode levar a equipe a evitar o contato direto com a família, ocasionando

distanciamento: "*A entrada de muitos familiares, acho que isso é um fator que mais estressa a gente por que quando tem uma ME geralmente é liberado um número maior de familiares"* (TIII).

Segundo Palu *et al.* (2004), para a equipe de enfermagem este distanciamento em relação a família acontece a fim de evitar prejuízos nos aspectos psicológicos e emocionais. Já Cavalcante *et al.* (2014) traz que os sujeitos que se denominam distantes do contato com os familiares agem dessa forma para se preservarem, para não expor sua vulnerabilidade humana devido à impossibilidade de reformular os sentimentos de tristeza e impotência naquele momento. Dessa forma, esse distanciamento da família se dá mais por mecanismo de defesa, para não enfrentar os sentimentos que o vínculo pode gerar do que por falta de humanização no cuidado, como percebido no seguinte relato: "*[...] a família com o paciente, aquela despedida deles, isso é um impacto muito grande pra gente, interfere na vida da gente, tu sabe que aquilo não tem mais volta, mas [...]"* (TVII).

Assim, foi possível identificar o quanto é difícil para os membros da equipe de enfermagem prestar o cuidado necessário à família do potencial doador, uma vez que esse é considerado uma das fontes de sofrimento. Percebe-se que os profissionais da enfermagem necessitam de apoio para poder trabalhar com a família do paciente em ME, entretanto sabe-se que essa não é a realidade dos hospitais, conforme já citado em outras pesquisas.

Paciente jovem

Outro fator estressor apontado por dez sujeitos foi o fato de o paciente em ME ser frequentemente jovem. Notou-se que muitos se colocam no lugar ou se sensibilizam por terem filhos da mesma idade do paciente em ME, conforme observado na fala: "*[...] eu lembro de um guri, de um rapaz mais novo que foi vítima de arma de fogo e ele por ser mais novo pra mim foi mais difícil por que eu tenho um filho então foi um dos pacientes mais difíceis de lidar por ver o sofrimento da mãe chorando [...]"* (TIX).

Nos relatos foi possível evidenciar que a situação das pessoas em ME pode gerar em alguns profissionais a percepção da própria finitude, de que em questão de poucos segundos poderiam estar na mesma situação desses, uma vez que muitos estão ali por um acidente repentino. Essa mesma percepção foi observada no estudo desenvolvido por Souza *et al.* (2013), em que os sujeitos se colocam no lugar do paciente em ME. Apesar de a morte fazer parte do ciclo evolutivo do ser humano, quando ocorre com pessoas jovens, pode ser interpretado como uma interrupção precoce desse ciclo, causando na família e nos profissionais de saúde sentimento de impotência, sofrimento e intensa dor. É natural que todos esperem que os mais velhos morram antes do que os jovens, os pais, antes dos filhos (SOUZA *et al.,* 2013).

Dessa forma, mesmo que vivenciar o processo de morrer faça parte do cotidiano de uma UTI, ela dificilmente é encarada como natural e o processo de aceitação, passa por inúmeros fatores, desde crenças pessoais, ambiente cultural e vivências anteriores do profissional. Apesar de que a morte faça parte da vida como evento universal a qualquer indivíduo e em qualquer faixa etária, ela é, como coloca Loureiro (2008, p. 855), "...a inominável, a famigerada, a horrenda - qualificativa bem ocidental - pode se apresentar sem pedir licença e sem se incomodar com o muito ou pouco tempo vivido por sua vítima".

Demora no processo de captação

Outro fator desencadeador de estresse citado pelos profissionais está ligado ao processo de captação de órgãos para transplantes, que é a demora. O processo de doação e captação de órgãos e tecidos é um processo que engloba diversas etapas, iniciando pela identificação do potencial doador até a liberação do corpo para a família, podendo levar de horas até dias para a finalização do processo (CINQUE; BIANCHI, 2010).

A equipe de enfermagem traz em seus relatos que, para os familiares, este é um processo muito doloroso, demorado, desgastante, podendo até comprometer na efetivação da doação de órgãos e tecidos: "*[...] esse processo eu acho que é muito demorado, deveria ser mais rápido, por que é um sofrimento pra família, tanto que já houve casos de familiares desistirem pela demora sabe, então eu acho isso estressante"* (TIX).

Num estudo realizado em São Paulo que investigou os estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos foi identificado que a demora para a liberação do corpo foi o momento mais desgastante do processo, sendo citado por 62,5% dos familiares entrevistados. Essa demora provoca grande sofrimento e estresse à família e à equipe de enfermagem, tornando-se uma situação angustiante e intensificando o estresse a cada momento que passa (CINQUE; BIANCHI, 2010).

Quando ocorre a morte, que não a encefálica, o contato do profissional com o indivíduo e sua família se encerra ali. Porém no caso de ME, o confronto do profissional com a morte é estendido, levando-o a vivenciar desde a aceitação (ou não) da morte pela família até o luto dos familiares. Dessa forma, entende-se que a demora é um fator estressor no processo de captação devido ao prolongamento do contato com a finitude da vida humana.

Falta de treinamento

Observou-se, também, entre as falas dos sujeitos, o surgimento de outro fator que interfere na atuação para a manutenção do potencial doador de órgãos, que é a falta de treinamento para tal, conforme evidenciado na fala: "*[...] tu não sabe o que precisa cuidar em um paciente que é doador, acho que seria bom uma capacitação"* (TVI).

A partir da possibilidade da manutenção de pacientes em ME para possível captação de órgãos e tecidos para transplante, a morte passou por uma mudança na forma de ser vista e a equipe de enfermagem passou por uma nova situação. Esses profissionais tiveram que se preparar para cuidar de um ser humano que teve sua morte constatada, mas que deveriam manter seus órgãos para doação, possibilitando salvar outras vidas. Passaram a viver com a vida e a morte e todas as implicações éticas, morais e legais envolvidas com o tema, com o intuito de manter a vida de outro ser humano (SOUZA *et al.,* 2013).

Os profissionais da enfermagem que trabalham em UTI, que lidam diariamente com pacientes graves, devem estar continuamente participando de capacitações, treinamentos, estando assim preparados para cada situação que possa se apresentar em seu trabalho. No caso da unidade pesquisada, foi possível verificar que os profissionais acabam preparando-se para lidar com os casos de ME nas vivências in loco e na rede de apoio que se forma entre os mesmos, num processo de ajuda mútua, não tendo sido citada a existência de atividades de educação continuada sobre o tema: "*[...] mesmo sem ter recebido nenhuma capacitação, pelo fato do tempo que a gente tá aqui dentro entendeu? então já me sinto preparada pelo tempo [...]"* (TVIII).

Portanto, percebe-se necessidade de discutir e repensar como está a atuação dessa equipe de enfermagem com o intuito de aprimorar o cuidado do potencial doador, facilitando assim sua atuação no processo de captação de órgãos e tecidos.

Estratégia de enfrentamento: negação

Pode-se perceber na análise dos dados que a grande maioria dos entrevistados citou haver algum fator gerador de estresse durante a assistência a pacientes em ME, conforme abordado anteriormente. Porém, quando questionados sobre a existência de dificuldades na assistência a esses pacientes, a maioria, em torno de 70% dos sujeitos, negaram qualquer dificuldade.

Observou-se também que ao negar dificuldades, os sujeitos, também negaram usar alguma estratégia de enfrentamento, o que acaba sendo controverso, uma vez que em outros momentos da entrevista citaram situações em que se confirma a existência de fatores gerados de estresse e falta de treinamento para manutenção

do potencial doador. Assim, nos parece que a estratégia de enfrentamento utilizada pelos sujeitos seja a negação de que estes fatores existam.

Os profissionais da saúde não aceitam muitas vezes a morte por terem sua formação voltada para a cura, sentindo-se compromissados com a vida, e é nela que está sua maior gratificação. De forma que a morte se apresenta como uma possível derrota diante dos seus interesses e a negação surge como uma forma de defesa contra suas próprias fragilidades (SANTOS; HORMANEZ, 2013).

Uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros, como forma de enfretamento de situações estressantes no processo de captação de órgãos e tecidos, é cuidar do potencial doador como se ele não estivesse em ME (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2009), o que pode ser observado pela fala abaixo:

> *O que eu mais faço é tentar não pensar na família, tentar pensar no paciente como outro lá fora daqui, o que eu mais faço é tentar pensar nele como que nem os outros assim, eu procuro não pensar no que está acontecendo, acho que isso é uma forma da gente conseguir tratar de uma forma de igual para igual não pensando no problema dele, na ME* (TIX).

Nesse sentido, o profissional busca não se envolver muito na prestação de serviços, mantendo certa distância, colocando uma "barreira" para continuar o cuidado sem que fique mais deprimido com a situação.

Ambiente estressor: quem cuida do cuidador?

Foi possível perceber também que os sujeitos consideram o ambiente da UTI "pesado" e dessa forma, gerador de estresse. E, apesar de que os sujeitos tenham negado existirem dificuldades e utilizarem estratégias de enfrentamento, referiram-se ao ambiente da UTI como sendo estressor e colocaram a falta de apoio emocional para nele atuarem. Assim emergiu esta categoria analítica, conforme evidenciado na fala seguinte: "*[...] eu acho que às vezes a gente não para pra ter um olhar pra nós, o cuidador, a gente se envolve muito com a família e isso gera um certo desgaste por que são vários dias até o término do processo [...] eu acho que seria bem importante um outro olhar para nós"* (EIII).

As UTIs, na maioria das vezes, são consideradas como ambientes pesados e frios, onde se concentra uma grande atenção aos aspectos técnicos em detrimento às questões humanas (PALU *et al.,* 2004). Sendo um ambiente, conforme Vargas e Braga (2010), onde as forças de vida e morte, humano e tecnológico, encontram-se em luta constante. Emergem, assim, inúmeras situações que podem desacomodar os profissionais dependendo do seu preparo diante desse enfrentamento.

Um mecanismo de defesa que pode surgir nesse processo é a fragmentação da relação técnico-paciente: quanto mais íntimo for o relacionamento com o paciente, mais o trabalhador está exposto a experimentar a angústia, por isso a iniciativa na direção de parcelar as tarefas, reduzindo o tempo de contato com o doente e a família (PITTA, 1994), o que já abordamos em outra categoria. Podemos evidenciar alguns exemplos na fala: "*[...] a gente precisa reagir de forma profissional né, de forma dura, não pode demostrar para a família, mas no fundo teu sentimento é como se tivesse vivenciando do outro lado"* (TIV).

Muitas vezes a equipe de enfermagem por supervalorizar as habilidades técnicas e afastar a possibilidade da morte, pode fazer surgir sentimentos de onipotência, interferindo no relacionamento com o paciente. Isso porque, pela própria natureza da profissão, o enfermeiro corre o risco de sentir uma ansiedade incontrolável, apresentando um distanciamento emocional no atendimento a esses pacientes. Além disso, a maioria dos profissionais de enfermagem não recebe nenhum preparo psicológico para o sofrimento, para a morte, para a perda, e é nesse ponto que percebemos o desafio da enfermagem em prestar cuidados paliativos a esses pacientes (FERREIRA; CAMPONOGARA, 2001).

A vida e a morte são dois extremos, dois opostos, dois fenômenos com os quais a equipe de enfermagem se depara todos os dias, porém, lutam sempre pela manutenção da vida, mas, no caso dos pacientes com ME, mesmo diante da morte a enfermagem luta pela vida, essa representada pela manutenção dos órgãos e tecidos (GUIDO *et al.,* 2009).

Sabe-se que os cuidados prestados ao potencial doador de órgãos e tecidos são desgastantes em virtude das diversas variações fisiológicas que podem ocorrer principalmente às condições hemodinâmicas, que se não forem manejadas de forma rápida e efetiva podem comprometer a manutenção e doação de um ou mais órgãos. Com isso, os membros da equipe de enfermagem sofrem com essa situação e precisam mobilizar estratégias para facilitar o enfrentamento das situações estressantes que podem surgir ao longo do trabalho (SOUZA *et al.,* 2013).

Assim, o trabalho em UTI, mais do que em muitos outros setores, os profissionais vivenciam emoções negativas, como a tristeza, conforme os sujeitos relataram, e ninguém fica "inerte ou imune" a essas situações, pois fazem parte do cotidiano. O confronto com a morte pode fazer com que surja ou não o sofrimento no trabalhador pela tristeza gerada, o que vai depender do significado que este dará ao fato (vivencia no processo de morrer), a forma como ele vai lidar com esta emoção. E para lidar com estas emoções negativas há que buscar auxílio e apoio.

Por fim, acredita-se que, se os profissionais de enfermagem tivessem um apoio de profissionais especializados quanto ao enfrentamento dessas situações, haveria melhor preparo, tanto para atender a família, quanto ao paciente em ME (FRANÇA; FERRARI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentou como principais resultados a identificação do estresse vivenciado pela equipe de enfermagem durante o processo de captação de órgãos e tecidos e também sobre como esses enfrentam os fatores geradores de estresse, e que foram os mesmos tanto para os enfermeiros quanto para os técnicos de enfermagem.

Evidenciou-se que os profissionais precisam de apoio para enfrentar essas situações que estão presentes em seu cotidiano de trabalho. Como sabemos, muitas vezes não existe possibilidade de eliminar o estresse do ambiente de trabalho, porém existem estratégias que podem auxiliar na redução do dano emocional daqueles que atuam com pacientes em ME.

A partir do momento em que se identifica um potencial doador de órgãos e tecidos, a família passa a receber apoio do serviço social e da psicologia, visando amenizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento da perda. Porém, a equipe de enfermagem envolvida no processo, que também precisa dar a apoio a esta família, encontra-se muitas vezes carente de apoio. Percebe-se, assim, que a equipe de enfermagem, ao reconhecer o contato da família como principal fator estressor, pode estar comprometendo a assistência prestada, podendo vir a utilizar o distanciamento como uma maneira de se preservar.

Ainda observou-se que a equipe relata não existir dificuldades na assistência ao paciente em ME e que também não utilizam nenhuma estratégia de enfrentamento, porém relatam situações que geram estresse e sentem a falta de apoio institucional. Sendo assim, parece que a negação é um dos meios utilizados por esses profissionais para enfrentar os fatores existentes.

Ressalta-se que novas pesquisas sobre o tema podem contribuir e auxiliar nas reflexões sobre a saúde do trabalhador da saúde, uma vez que na sociedade atual ainda é pouco discutido acerca da questão de quem cuida do cuidador? Diante disso, sugere-se melhoria na qualidade do trabalho em enfermagem com ações permanentes de escuta às equipes quanto às suas necessidades de apoio psicológico.

Portanto, ao se conhecer os resultados gerados pelos estressores no ambiente de trabalho espera-se ter contribuído com informações que venham a criar espaços de discussão e compartilhamento de dificuldades no ambiente de trabalho que podem vir a ter impacto direto na saúde mental dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480, de 8 de agosto de 1997**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1480_1997.htm.

CAVALCANTE, L. P. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, 2014.

CINQUE, V. M.; BIANCHI, E. R. F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 996-1002, 2010.

COSTELLA, S.; QUINTANA, A. M. O estudante do curso de Enfermagem e o paciente terminal: uma relação desafiadora. **Revista Educação**, São Paulo, v. 29, n. 01, 2004.

COSTENARO, R. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

FERREIRA, C. L. L.; CAMPONOGARA, S. Interação equipe de enfermagem – paciente terminal: uma análise reflexiva. *In:* COSTENARO, R. G. S. **Cuidando em Enfermagem:** pesquisas e reflexões. Rio Grande do Sul: Série Enfermagem – UNIFRA, 2001.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012.

GUIDO, L. A. *et al.* Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1023-1029, 2009.

LIMA, A. A. F., SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L. Sofrimento e contradição: o significado da morte e do morrer para enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos para transplante. **Enfermería Global**, Murcia, Espanha, n. 15, fev. 2009.

LOUREIRO, Altair Macedo Lahud. A batuta da morte a orquestrar a vida. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 12, n. 27, p. 853-862, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MOTA, M. S. *et al.* Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 129-135, mar. 2011.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. H. S. **O hospital:** manual do ambiente hospitalar. 3 ed. Curitiba: Manual Real Ltda, 2010.

PADILHA, Katia Grillo (org.). **Enfermagem em UTI:** cuidando do paciente crítico. 1. ed. Barueri: ABEn-SP, 2010. xli, 1446 p.

PALU, L. A.; LABRONCINI, L. M.; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, PR, v. 9, n. 1, p. 33-41, 2004.

PITTA, Ana. **Hospital:** dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SANTOS A. F.; ALVES JUNIOR, A. Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 104-113, 2007.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, set. 2013.

SANTOS, M. N.; SOARES, O. M. (org.). **Urgência e emergência na prática de enfermagem.** 1. ed. Porto Alegre: Moriá Ed., 2014. 2 v.

SOUZA, S. S. *et al.* Situações de estresse vivenciadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao potencial doador de órgãos. **Revista RENE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 92-100, 2013.

VARGAS, D.; BRAGA, A. L. **O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo:** refletindo sobre seu Papel. Bebedouro, SP: UNIFAFIBE, 2010.

ESTRATÉGIAS DE REVELAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Monic Nicaretta da Silva[1]
Daiana Klein Weber Carissimi[2]

INTRODUÇÃO

Conforme Borges *et al.* (2012), má notícia é todo tipo de declaração que possa produzir sensações desagradáveis, seja para quem está comunicando ou para quem foi comunicado, associadas a prognósticos e ou diagnósticos revelando enfermidades. Para Nonino *et al.* (2012), a comunicação de más notícias, mesmo frequente entre os profissionais de saúde e seus pacientes/familiares, ainda é considerada uma tarefa extremamente difícil de realizar. Más notícias na revelação de diagnósticos e prognósticos impactam negativamente na vida dos pacientes e familiares, segundo as suas próprias percepções.

As situações de revelação de más notícias que geram desconforto, na pessoa que recebe a notícia, e ou na pessoa que a transmite. Essa comunicação é uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas do paciente ou dos familiares, mas também pela dificuldade em agir nesse momento que necessita de sensibilidade por parte do comunicador. (PEREIRA; FORTES, 2013).

Os autores mencionados no parágrafo anterior referem que a revelação das más notícias é um momento difícil não só para pacientes/familiares, mas também para os profissionais incumbidos de dar a notícia, pois podem estar em conflito interno e ético, perguntando se realmente precisam, ou como podem realizar essa trabalhosa tarefa. Surgem incertezas quanto a cura da doença, às reações do paciente/familiar frente à morte.

Segundo Geovanini e Braz (2013), comunicar más notícias é uma tarefa difícil, que desencadeia conflitos morais e questionamentos sobre a relação da revelação da verdade e os benefícios da autonomia do paciente. A maior dificuldade enfrentada pelos profissionais está relacionada à singularidade de cada contexto e às estratégias que serão utilizadas para a comunicação da má notícia.

1 Acadêmica do Curso de Enfermagem da UNISC.

2 Enfermeira, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da UNISC.

A relação entre paciente/familiar e profissional é fundamental para que haja uma comunicação harmoniosa e ética, para se evitar a "mentira piedosa" e a "verdade escancarada", sendo assim, Geovanini e Braz (2013), recomendam utilizar a "verdade prudente", entendendo-a como a colocação da verdade possível e adequada às necessidades individuais de cada paciente.

Comunicar más notícias é um grande desafio para os profissionais da saúde e sua equipe, mas há maneiras de se comunicar a má notícia de forma mais amena e menos estressante tanto para o paciente/familiar quanto para o profissional. Há barreiras na comunicação de más notícias, como os fatores psicológicos, o medo, o estresse, a raiva, todos eles são empecilhos para uma comunicação eficiente. É importante ressaltar que para se obter sucesso na comunicação, é necessário, primeiramente, o vínculo entre paciente e profissional (CAMPOS *et al.,* 2017). O mesmo autor refere que o enfermeiro e sua equipe são os que dispendem mais tempo cuidando desse paciente, são eles que prestam cuidados praticamente 24 horas para o mesmo, e o vínculo que se forma é fundamental para poder, no futuro, transmitir a má notícia com conhecimento e empatia. Robert Buckman (1992) citado por Campos *et al.* (2017), criou um protocolo com o objetivo de orientar o profissional da saúde no momento da comunicação, denominando-o protocolo SPIKES (Planejando a Entrevista (S – Setting Up the Interview), Avaliando a Percepção do Paciente (P – Perception), Obtendo o Convite do Paciente (I – Invitation), Dando Conhecimento e Informação ao Paciente (K – Knowledge), Abordar as Emoções dos Pacientes com Respostas Afetivas (E – Emotions), Estratégia e Resumo (S – Strategy and Summary.

Frente a esse contexto, objetiva-se identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para revelar a má notícia.

Sabe-se da necessidade dos profissionais estarem preparados para revelar a má notícia para o paciente/familiar, e que, utilizem estratégias de revelação que minimizem o mal-estar para o profissional de saúde a fim de restaurar o equilíbrio da equipe que, por vezes, está perturbada emocionalmente.

Segundo Fontes *et al.* (2017), o enfermeiro é o agente ativo na comunicação das informações aos pacientes e familiares, e essa habilidade é uma competência importante a ser adquirida na formação do profissional enfermeiro. Contudo Pereira 2008 apud Gonçalves, 2013, afirmam que não basta ensinar ao aluno saberes teóricos sobre a comunicação de más notícias, é importante que ele os saiba utilizar na prática, no confronto direto e com os diversos atores envolvidos no processo de cuidar e com as diversas situações de saúde e doença que ele irá vivenciar. São nessas situações que o profissional enfermeiro se defronta com as dificuldades, constrangimentos e necessidades relacionadas com a comunicação de más notícias. Más notícias geram grande impacto nesse profissional, mas infelizmente são escassos os achados na literatura sobre a atuação do enfermeiro nessa atividade.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um recorte de um trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem - UNISC em 2018/1 intitulado Más notícias: estratégias de revelação utilizadas por profissionais de saúde em um Hospital de Ensino do Vale do Rio Pardo-RS

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem exploratório descritiva. Conforme Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem como objetivos a explanação, a compreensão, a apreensão e a interpretação da relação de significações de fenômenos para os indivíduos e para a sociedade. Para Gil (2008), a pesquisa exploratória pode envolver levantamento bibliográfico, e entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado mas tem o objetivo de explorar o problema. A pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever as características de determinadas populações ou fenômenos, uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

O presente estudo foi realizado na UTI Adulto e Centro Cirúrgico de um Hospital de Ensino situado na região do Vale do Rio Pardo-RS, com 19 profissionais médicos, cirurgiões, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Como critérios de inclusão: profissionais que atuam nesse hospital, nas áreas de alta complexidade, atuantes em UTI e Centro Cirúrgico, como: médicos intensivistas e anestesiologistas, cirurgiões (vasculares, neurológicos e cardiológicos), enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais sem tempo de formação e atuação pré-estabelecida. Quanto aos critérios de exclusão, o tema não foi abordado envolvendo o público pediátrico. O desenvolvimento dessa pesquisa foi orientado pela Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Após a aprovação da instituição pesquisada, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP - UNISC), pelo parecer n° 2.417.758, deu-se início à coleta dos dados nos meses de janeiro a março de 2018. A entrevista foi realizada, após agendamento prévio, no local de trabalho dos entrevistados.

As informações foram coletadas através de uma entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas, previamente elaboradas pela autora. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Todos os participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Somente um profissional médico se recusou a ser entrevistado, tendo, assim, uma negativa. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais acima listados com agendamento prévio. Foram usados os codinomes, MED (1,2,3...) para médicos e cirurgiões e ENF (1,2,3...), para enfermeiros, PSICO (1,2..), para psicólogos e SERV SOCIAL (1), para assistentes sociais, a fim de garantir o anonimato.

Para analisar os dados da pesquisa utilizou-se o método de análise de conteúdo que, conforme Bardin (2011), apresenta três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, ou seja: A pré-análise, a análise e a pós-análise. Em um primeiro momento realizou-se a leitura e compilação de todas as entrevistas para posterior agrupamento em categorias temáticas para melhor compreensão

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após analisados, os dados foram agrupados em categorias temáticas: Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde para revelar a má notícia; Conhecimento dos profissionais quanto a protocolo de más notícias e a formação acadêmica.

Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde para revelar a má notícia

Ao serem questionados quanto à utilização de abordagem científica, dos dezenove entrevistados, quinze responderam que não utilizam terminologia técnica ou ainda protocolos pré estabelecidos para revelar a má notícia, porém, utilizam-se da escuta e da comunicação:

"*Utilizo uma linguagem mais leiga e faço a troca de informações*" (Enf 2).

Seis dos respondentes procuram conhecer o histórico e acolher o familiar e o paciente, cinco utilizam informações claras. A franqueza, seriedade, relações humanas, transparência e a verdade também foram citadas:

"*[...]sentir o estado emocional do paciente e ou familiar, focar no objetivo... saber do histórico... ser franco e sincero... não fugir desse confronto*" (Med Anestesista 2).

Quatro deles revelam que utilizam a abordagem científica (terminologia técnica ou ainda protocolos pré estabelecidos), para revelar a má notícia.

"*[...], utilizo ferramentas da psicologia clínica. Acolher o familiar a cada atendimento é único*" (Psico 2).

Os entrevistados que utilizam abordagem científica afirmam que, para fundamentar as suas falas, apoiam-se no Protocolo de Más Notícias e em autores como Goldin, que traz a discussão quanto a bioética, entendida como uma reflexão interdisciplinar, complexa e compartilhada sobre a adequação das ações envolvendo a vida e o viver. É uma reflexão complexa, pois inclui os múltiplos aspectos envolvidos no seu objeto de atenção (GOLDIM, 2009).

Além disso, revelam abordagens não científicas para aproximar-se do paciente / família. Três entrevistados revelam realizar a abordagem com empatia, dois utilizam a linguagem leiga, um dos entrevistados espelha-se em seus antigos professores, um utiliza o auxílio da equipe multiprofissional, psicologia e serviço social, e um utiliza o nível de evidência e convivência.

"*Expor os riscos do procedimento, as complicações... nos casos agudos é necessário preparar a família... é diferente a abordagem a cada caso, mas uso a sinceridade, honestidade e a empatia*" (Med Cardio 2).

Os profissionais utilizam-se da escuta, como estratégia, a fim de poder entender e amparar o paciente:

"*Utilizo da escuta, saber o que o paciente e ou familiar entenderam até o momento, complementar se for necessário. Acolher*" (Enf 1).

Não se segue um protocolo específico, sei que existe e seria muito interessante utilizar na realidade dos nossos pacientes. É sábio pensar no local para se revelar a má notícia um ambiente, calmo, seguro e acolhedor, pois a má notícia poderá desencadear reações que às vezes não é possível controlar, por isso seria necessário um ambiente onde eles possam estar expondo seus sentimentos" (Psico 1).

"*Nunca foi estudado para se dar a má notícia, e acaba se espelhando muito em profissionais que nos formaram: os professores, pois uma fórmula não existe*" (Med vascular 3).

Para Maynart *et al.* (2014), a escuta qualificada possui potencial terapêutico quando realizada, e contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa. A escuta e o diálogo são habilidades dos seres humanos, levando a acreditar que a escuta é instintiva, sendo comum o conceito de escuta como apenas o ouvir. É uma ferramenta essencial para que o paciente seja atendido na perspectiva do cuidado como ação integral, pois é por meio dela que é possível a construção de vínculos, a produção de relações de acolhimento.

Araujo e Leitão (2012) dizem que o protocolo SPIKES objetiva habilitar o profissional a recolher informações dos pacientes e ou familiares, repassar as informações, proporcionar suporte ao paciente e ao familiar e assim induzir a sua colaboração no desenvolvimento de um plano para o futuro.

Escuta e amparo a equipe é fundamental, educação para a morte, aplico a teoria de Kovács, pois as pessoas não estão preparadas para conversar sobre morte, pois se pode induzi-las a cometer algo, mas é necessário. Trabalho com a equipe multidisciplinar, ouço ao invés de só escutar, absorver o que a pessoa tem a dizer. Empatia, acompanhar o paciente e ou familiar, acolher, dar suporte, amparar (Psico 2).

Conforme Kovács (2010), o profissional da área da saúde, em seu cotidiano, lida com situações de dor e sofrimento, e a morte é presente e constante. Os mesmos

quando escolhem sua profissão, consciente ou não, sabem que estarão lidando com aspectos relacionados à morte e ao morrer, sendo assim, terão dores e perdas como objetos de seu trabalho. Como o profissional lidará com essas questões irá depender de vários fatores: sua história e experiências pessoais de perdas e como lida com o luto; da cultura em que foi criado, pois isso influenciará nas representações de morte, a possibilidade de expressão da dor e como o luto será vivenciado; e da sua formação acadêmica. Esses fatores agregarão dificuldades para lidar com pacientes, familiares e colegas, e contribuirão para gerar situações de estresse. O sentimento que emerge, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta (KOVÁCS, 2010).

Conhecimento dos profissionais quanto a estratégias científicas de revelação da má notícia, e como este tema é trabalhado na formação acadêmica

Nessa categoria procurou-se investigar quais estratégias científicas são utilizadas pelos profissionais de saúde entrevistados para a revelação da má notícia, bem como, se o tema foi trabalhado em sua formação acadêmica e de que maneira.

Dos dezenove questionados, dezessete afirmaram que não sabem o que é o protocolo de más notícias, ou não recordam, ou não trabalham e ou nunca trabalharam com ele.

Dois dos entrevistados, sendo eles das áreas do intensivismo, afirmaram que conhecem o protocolo de más notícias e o utilizam diariamente em seu trabalho:

[...] "*Conheço, mas muito brevemente*" (Enf 1).

[...] "*Conheço, mas nunca trabalhei com ele*" (Psico 2).

O Protocolo de Más Notícias tem o objetivo de sistematizar a transmissão de uma má notícia, tornando-a menos traumática para os profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, priorizando a atenção ao paciente. A maioria dos profissionais, no entanto, utiliza sua experiência na prática clínica para decidir como se comportar ao transmitir uma má notícia (CAMPOS *et al.,* 2017).

Conforme Gonçalves (2013), ensinar aos futuros profissionais de saúde competências de comunicação, como por exemplo, como se reportar frente a más notícias e como transmiti-las, pode melhorar a confiança do mesmo, mas não necessariamente a sua competência nessa área.

O mesmo autor refere que a formação é considerada pela maioria dos profissionais de saúde uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de competências na área da comunicação de más notícias. Em um estudo realizado, verificou se que os profissionais de saúde não possuem nem desenvolveram formação específica na área de comunicação de más notícias.

De uma forma geral, a maioria desses profissionais considera que, para desenvolver tal competência, é necessário investir na formação inicial e contínua, educação continuada. Sendo assim, é desejável aumentar as oportunidades de formação relacionada com competências de comunicação de más notícias, quer na graduação ou na formação pós-graduada e também no profissional técnicos de saúde (GONÇALVES, 2013).

Fontes *et al.* (2017) afirmam que conteúdos de más notícias causam um grande impacto, porém esses conteúdos são difíceis de encontrar na literatura, e sobre a atuação do enfermeiro nessa atividade, até mesmo em publicações que abordam doenças crônicas, debilitantes ou sobre pacientes que estão em fase terminal (FONTES *et al.,* 2017).

A minoria dos entrevistados refere conhecer protocolos que auxiliem a revelação da má noticia: "*Sim, conheço o protocolo Spikes, e conheço instituições que trabalham com esse protocolo modificado para suas necessidades*" (Psico 1).

"*Sim, conheço e aplico-o em meu trabalho*" (Med Intensivista 1).

Conforme Pereira, 2008 apud Gonçalves, 2013, não basta ensinar ao aluno saberes teóricos sobre a comunicação de más notícias, é importante que ele os saiba utilizar na prática, no confronto direto e com os diversos atores envolvidos no processo de cuidar e com as diversas situações de saúde e doença que ele irá vivenciar. São nestas situações que o aluno se defronta com as dificuldades, constrangimentos e necessidades relacionadas com a comunicação de más notícias.

Três dos questionados tiveram contato com o protocolo em reuniões da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de doação de Órgãos e tecidos para Transplante), dois tiveram contato na sua graduação, mas uma breve passagem, dois tiveram contato em capacitações que participaram:

"*Tive contato em reuniões da CIHDOTT (Comissão Intra-Hospitalar de doação de Órgãos e tecidos para Transplante), pela equipe multiprofissional, mas nunca utilizei*" (Enf 1).

Dois dos respondentes afirmaram que especificamente com o protocolo de más notícias não tiveram contato, mas tiveram aulas na faculdade de graduação de como lidar com a morte e suas fases:

"*Com esse protocolo nunca tive contato, mas na graduação tive em aulas de psiquiatria, como lidar com a morte e suas fases*" (Med Anestesista 1).

Dois dos questionados afirmaram que tiveram contato em sua residência de intensivismo:

"*Tive contato e treinamento na minha formação, na residência de intensivismo*" (Med Intensivista 1).

Segundo Gonçalves (2013), a enfermagem frente à má notícia revela um desafio para os profissionais que acompanham o paciente e ou familiar em situação de vulnerabilidade, e ao mesmo tempo atendem essa família, fazendo com que a mesma participe dos cuidados. É importante ir informando-a e apoiando-a, promovendo assim o respeito pela sua autonomia e dignidade humana.

Conforme Araujo e Leitão (2012), respeite os valores e crenças dos pacientes. Não se trata, somente de informar a todo o custo, e não se deve pressupor, como muitas vezes ocorre, que o paciente e ou familiar nunca querem saber, mesmo que as notícias não sejam boas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos mostrou que os entrevistados revelaram preocupação com o contexto da má notícia. Envolvem-se com as situações, estudam os casos antes de fazer o comunicado e na grande maioria das vezes, obtém sucesso em sua comunicação. Para que isso ocorra cercam-se de estratégias de comunicação verbal e não verbal. Empatia, sinceridade, seriedade e linguagem coloquial, utilizam sua experiência clínica e até do vínculo estabelecido com paciente/família. Mesmo assim, a falha dessa comunicação acontece e pode ter origem em vários fatores, desde a falta de um local ideal para se ter essa conversa, perpassando por um tempo inadequado para comunicar ou até mesmo para o despreparo do profissional.

Observou-se que um pequeno número de profissionais (psicólogos e médicos intensivistas) utilizam estratégias baseadas em protocolos e teóricos para revelar a má notícia, os quais são desconhecidas pela maioria dos profissionais, que acabam utilizando outras formas não científicas de transmiti-la. Não utilizam ferramentas que poderiam ser um método de auxílio para revelação da má notícia. É importante deixar registrado que as formas não científicas, são complementares e imprescindíveis para uma comunicação eficaz.

Os entrevistados relatam a falta desse tipo de ensinamento na formação acadêmica. Dentre os profissionais entrevistados, apenas os médicos, que realizaram a residência em intensivismo, referem que estudaram e aplicam em seu trabalho o protocolo de más notícias, e admitem que é uma ferramenta de grande valia em seu dia a dia.

Este estudo permite reflexões quanto ao preparo do profissional de saúde em noticiar o tempo prolongado de internação, a doença, as malformações, as emergências, a morte. Enquanto profissionais, buscamos uma formação que fala o tempo todo em vida, e de como estabelecer as condições de saúde do paciente. Somos humanos e precisamos compreender e assumir a nossa fragilidade. É possível que por algum momento estaremos sem respostas profissionais e talvez o silêncio

possa ser o melhor aliado. Talvez a melhor estratégia seja resgatar o humano, com todas as suas possibilidades de colocar-se no lugar, e de sentir o outro.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. A comunicação de más notícias: Mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto,** Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 58-62, 2012.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva, Physis **Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise do Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011. Disponível em: http://pt.slideshare.net/alasiasantos/analise-de-conteudo-laurence-bardin. Acesso em: 15 set. 2017.

BORGES, Moema da Silva *et al.* A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde**. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva,** Maranhão, 2012.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HKX3IYgkOY8J:bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 17 set. 2017.

BUCKMAN, Rob. **How to break bad news:** a guide for health care professionals. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992. p. 1597.

CAMPOS, C. A. C. A. *et al.* Entre Pássaros e Flores: desafio da comunicação de notícias em saúde*. In:* CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO E QUALIDADE, 6., 2017. **Anais**[...] Salamanca, v. 2, p. 1446-1455, 2017. Disponível em: http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1488. Acesso em: 10 ago. 2017.

CAMPOS, C. A. C. A. *et al.* Desafios da comunicação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para profissionais e usuários. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 165-174, 2017.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento*.* **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, 2005.

DIAS, Toutin Gabriela. **Comunicação de más notícias no departamento de emergência:** Uma análise comparativa entre as percepções de médicos residentes, pacientes e familiares. 58 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

FONTES, C. M. B. *et al.* Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1148-1154, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDIM, José Roberto. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 58-63, 2009.

GONÇALVES, Ângela Carina Ramos. **Comunicação de más Notícias a pessoas com doença oncológica:** a necessidade de implementar a (bio)ética na relação – Um estudo exploratório. 149 f. 2013. Dissertação (Mestrado em Bioética)- Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

GEOVANINI, F.; BRAZ, M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. **Revista Bioética,** Brasília, v. 21, n. 3, p. 455-462, 2013.

KOVACS, Maria Julia. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.

MAYNART, W. H. C. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-303, 2014.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

NONINO, A. M. *et al.* Treinamento Médico para Comunicação de Más Notícias: Revisão da Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica Universidade de Brasília**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 228-233, 2012.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L. Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 1, p. 227-235. 2013. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3254/5498. Acesso em: 10 ago. 2017.

PEREIRA, M. A. **Comunicação de más notícias e gestão do luto**. Coimbra: Formasau, 2008.

VALERA, A. P. S. *et al.* JOHN BOWLBY: As sete características do apego, as quatro classificações dos padrões de apego e o cuidador. Santo André: Centro Universitário Anhaguera de Santo André, 2012. Disponível em: http://files.meucaderno-psicologia.webnode.com.br/200000239-c2be0c3b43/ATPS%20BOWLBY.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.


EDUNISC