

# Nursing

edição brasileira

Mala Direta Básica  
CNPJ 18.590.546/0001-05  
DR/SPM/SP  
Cliente  
MPM COMUNICAÇÃO LTDA  
Correios



[www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)

ANO 23 • EDIÇÃO 263  
ABRIL 2020

## EDITORIAL Estomaterapia no Brasil: sua história e perspectivas

### ARTIGOS

Dimensões psicológica e espiritual de pais de crianças vivendo com HIV e AIDS

Estudar e trabalhar: motivações e dificuldades de graduandos de Enfermagem

Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis na adolescência: Uma revisão integrativa

Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua



Causa de mortalidade materna na região metropolitana I no triênio 2013-2015, Belém, PA



12º

# congresso **Nursing** BRASILEIRO

3º Congresso Internacional Saúde Coletiva  
3º Congresso Internacional Feridas

SÃO PAULO



**28 E 29**  
**DE SETEMBRO 2020**

**FIQUE ATENTO ÀS NOVIDADES**

## Revista Científica de Enfermagem

**EDITORA CIENTÍFICA**  
MPM Comunicação

**EDITORA EXECUTIVA**  
Maria Aparecida dos Santos

**ASSESSOR CIENTÍFICO**  
Prof. Me Jefferson Carlos de Oliveira  
Centro Universitário Anhanguera de São Paulo- Vila Mariana, UNIAN, Brasil.  
Universidade Nove de Julho- Departamento de Saúde III.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/5219445594942021>

**REDAÇÃO**  
Daiane Brito  
jornalista1@mpmcomunicacao.com.br

**DIAGRAMAÇÃO**  
Jeniffer Crispim

**GERENTE DE MARKETING**  
Lucas Soares (lucas@mpmcomunicacao.com.br)

**ASSINATURAS**  
assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

**PUBLICIDADE**  
maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

**ENVIO DE ARTIGOS**  
artigo@mpmcomunicacao.com.br ou  
[www.revistanursing.com.br/publique-seu-artigo](http://www.revistanursing.com.br/publique-seu-artigo)

### Membros Ad hoc

**Prof.ª Dra. Agueda Mª Ruiz Zimmer Cavalcante**  
Universidade Federal de Goiás, UFG.  
Goiânia, GO – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2468197020621699>

**Prof.ª Dra. Ana Paula Dias França Guareschi**  
Centro Universitário São Camilo.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4209449928426580>

**Prof.ª Dra. Cassiane Dezoti da Fonseca**  
Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0639643818813583>

**Prof.ª Dra. Cláudia Jaqueline Martínez Munhoz**  
Universidade Federal do Mato Grosso - Campus Sinop, UFMT  
Sinop, MT – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8132058586176170>

**Prof. Dr. Renato Batista Paceli**  
Instituto do Coração - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3306254157079590>

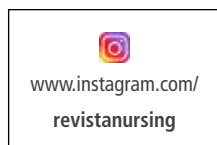
**Prof.ª Dra. Marieli Basso Bolpato**  
Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT.  
Sinop, MT – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3870064419838045>

### ENDEREÇO

**Editora MPM Comunicação**  
Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville -  
Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

**Periodicidade:** mensal | **Tiragem:** 20 mil exemplares  
Impresso no Brasil por: Artes Graficas Freire LTDA / Ano 22 / R\$880,00  
O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do  
recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Acesse: [www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)



## Conselho Científico da Edição Brasileira

**Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra**  
Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem e Nutrição.  
Goiânia, GO – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0088227879433410>

**Prof.ª Dra. Ana Cláudia Puggina**  
Faculdade de Medicina de Jundiá, FMJ, Brasil.  
Jundiá, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0770048879298045>

**Prof.ª Dra. Camila Takáó Lopes**  
Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4904538541897667>

**Prof.ª Dra. Célia Scapin Duarte**  
Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem e Nutrição.  
Goiânia, GO – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8127543996029041>

**Prof. Dr. David Lopes Neto**  
Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus.  
Manaus, AM – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2310111492854434>

**Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez**  
Conselho Federal de Enfermagem – COFEN.  
Brasília, DF – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0167547566933143>

**Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**  
Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8695765272291430>

**Prof. Dra. Leise Rodrigues Carrijo Machado**  
Centro Universitário de Votuporanga, Curso de Enfermagem.  
Votuporanga, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7048406445105932>

**Prof.ª Dra. Luiza Watanabe Dal bem**  
APRIRE Crescimento Profissional e Bem-Estar.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7584771338101641>

**Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira**  
Universidade Católica Portuguesa.  
Porto – Portugal | <http://lattes.cnpq.br/0029658554723903>

**Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva**  
Universidade Federal de Mato Grosso, Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, Faculdade  
de Enfermagem.  
Cuiabá, MT – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4660957137805739>

**Prof.ª Dra. Marluce Maria Araújo Assis**  
Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Saúde.  
Feira de Santana, BA – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2575132348486048>

**Prof.ª Dra. Mirna Albuquerque Frota**  
Universidade de Fortaleza, Diretoria do Centro de Ciências da Saúde.  
Fortaleza, CE – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7250891036415096>

**Prof.ª Dra. Sandra Lúcia Arantes**  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde.  
Natal, RN – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/1165754115171652>

**Prof. Dr. Sérgio Luís Alves de Morais Júnior**  
Universidade Nove de Julho, Departamento de Saúde III.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3015509051693108>

**Prof. Dr. Sérgio Henrique Simonetti**  
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Assessoria de Pesquisa em Enfermagem.  
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4306791867788079>

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma,  
conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

**INDEXAÇÃO:** Banco de Dados de Enfermagem: Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e  
Global Health, CINAHL, CUIDEN, BDEFN, LATINDEX, Google Acadêmico.

### Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos  
de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da  
empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha  
total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As  
opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

[www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)

<b>Editorial</b> .....	<b>3663</b>
<b>Agenda</b> .....	<b>3665</b>
<b>Normas de Publicação</b> .....	<b>3665</b>
<b>Tecnologia</b> .....	<b>3667</b>
<b>Evento</b> .....	<b>3669</b>
<b>Livro</b> .....	<b>3669</b>

## Artigos Científicos

### Dimensões psicológica e espiritual de pais de crianças vivendo com HIV e AIDS

*Psychological and spiritual dimensions of parents of children living with HIV and AIDS*

*Dimensiones psicológicas y espirituales de los padres de niños que viven con HIV y SIDA*

Sergio Vital da Silva Junior, Wilton José de Carvalho Silva, Elismar Pedroza Bezerra, Helga de Sousa Soares, Ana Elizabeth Lopes de Carvalho, Fabieny da Silva Soares, Solange Monteiro Moreira, Maria Eliane Moreira Freire..... **3671**

### Estudar e trabalhar: motivações e dificuldades de graduandos de Enfermagem

*Studying and working: motivations and difficulties of Nursing undergraduates*

*Estudiar y trabajar: motivaciones y dificultades de graduados de enfermería*

João Emanuel Ribeiro Santos, Lislely Galvão Lucio, Ana Paula Teixeira Rosa, Elizete Mello da Silva, Daniel Augusto da Silva..... **3677**

### Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis na adolescência: Uma revisão integrativa

*Sexual health and sexually transmitted infection in adolescence: An integrative review*

*Salud sexual e infecciones sexualmente transmitidas en la adolescencia: Una revisión integrativa*

Letícia de Sousa Alves, Ricardo Saraiva Aguiar..... **3682**

### Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua

*Understanding and understanding health experienced by people in street situation*

*Entendimiento y entendimiento de la salud experimentado por las personas en la situación de la calle*

Paulo Roberto Chaves Júnior, Ricardo Saraiva Aguiar..... **3687**

### Causa de mortalidade materna na região metropolitana I no triênio 2013-2015, Belém, PA

*Cause for maternal mortality in the metropolitan region I in the 2013-2015 trien, Belém, PA*

*Causa de mortalidad materna en la región metropolitana I en el trienio 2013-2015, Belém, PA*

Elyade Nelly Pires Rocha Camacho, Eliete da Cunha Araújo, Elisângela da Silva Ferreira, Rubenilson Caldas Valois, Andressa Tavares Parente, Fabio Feitosa Camacho..... **3692**

### Caracterização de Processos Éticos instaurados contra Profissionais de Enfermagem

*Characterization of Ethical Processes against Nursing Professionals*

*Caracterización de Procesos Éticos contra Profesionales de Enfermería*

Adaele Lucia Nogueira Vieira da Silva, Sebastião Junior Henrique Duarte, Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido, Roberto Della Rosa Mendez, Richardson Miranda Machado, Regina Maria dos Santos, Ana Tania Lopes Sampaio..... **3697**

<b>Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF</b> <i>Sexual violence by an intimate partner identified in the PSF Basic Unit</i> <i>Violencia sexual por parte de una pareja íntima identificada en la Unidad Básica de PSF</i>	
Ana Cristina Fernandes Silva.....	<b>3704</b>
<b>A roda de conversa como instrumento de cuidado e promoção da saúde mental: percepção dos usuários dos CAPS</b> <i>The conversation circle as an instrument of care and promotion of mental health: perception of CAPS users</i> <i>La rueda de conversación como instrumento de cuidado y promoción de la salud mental: percepción de los usuarios de CAPS</i>	
Layane Barbosa Amorim, Maria Rejane Santos, José Augustinho Mendes Santos, Camila da Paz Santos, Fernanda dos Santos Iochims, Wanderson Alves Ribeiro.....	<b>3709</b>
<b>Qualidade de vida do profissional de enfermagem da atenção básica de saúde: revisão integrativa</b> <i>Quality of life of nursing professionals in basic health care: integrative review</i> <i>Calidad de vida de profesionales en enfermería en atención básica de salud: revisión integrativa</i>	
Paula Cristina de Sá Camargo Silveira, Bruno Bordin Pelazza, Marcos André Mattos, Meillyne Alves dos Reis, Lucila Pessuti Ferri, Cácia Régia de Paula.....	<b>3715</b>
<b>A Enfermagem no Enfrentamento do Sarampo e Outras Doenças Imunopreveníveis</b> <i>Nursing in Coping with Measles and Other Immunopreventable Diseases</i> <i>Enfermería para hacer frente al sarampión y otras enfermedades inmunoprevenibles</i>	
Nathália da Costa Melo de Andrade, Rachel de Araujo Costa, Maria Eduarda Fernandes Alves, Isabelle Oliveira Duran, Janaina Moreno de Siqueira, Sheila Nascimento Pereira de Farias.....	<b>3720</b>
<b>Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto</b> <i>Non-invasive technologies: knowledge of women for protagonism in child labor</i> <i>Tecnologías no invasivas: conocimiento de las mujeres para el protagonismo en el trabajo infantil</i>	
Maria Regina Bernardo da Silva, Halene Cristina Dias Armada e Silva, Camila dos Santos, Herica da Silva Monteiro, Priscila Estevam, Aline Ingrid Xavier dos Santos.....	<b>3728</b>
<b>Ações/plano de alta da enfermagem à mulher submetida à mastectomia</b> <i>Actions/high nursing plan for women undergoing mastectomy</i> <i>acciones/plan de alta enfermería para mujeres que están mastectomía</i>	
Bruna dos Santos Scofano, Andreia Almeida de Lima, Rhaiza dos Reis Silva, Lucia Helena Garcia Penna, Karla Biancha Silva de Andrade, Ana Paula Brito Pinheiro.....	<b>3735</b>
<b>Vivência de mães com filhos diagnosticados com síndrome de down</b> <i>Living of mothers with children diagnosticated with down syndrome</i> <i>Experiencia de madres con niños diagnosticados con síndrome de down</i>	
Carla Beatriz Lopes Benevides, Luana Cristina Bellini Cardoso, Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues, Márcia Glaciela da Cruz Scardoelli, Patrícia Bossolani Charlo, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic.....	<b>3744</b>
<b>Avaliação da eficácia e efetividade de treinamentos ministrados à enfermagem de um hospital geral acreditado</b> <i>Evaluación de la eficacia y efectividad de entrenamientos impartidos a la enfermería de un hospital general acreditado</i> <i>Evaluation of the efficacy and effectiveness of training given to nursing in an accredited general hospital</i>	
Paula Maria Corrêa de Gouveia Araujo, Maria D'Innocenzo, Maria Lucia Alves Pereira Cardoso.....	<b>3750</b>
<b>Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal</b> <i>Conversation circles with pregnant women as strategies for health promotion in the prenatal period</i> <i>Círculos de conversación con mujeres embarazadas como estrategias para la promoción de la salud en el período prenatal</i>	
Maria Eduarda Pacoalotto da Silva, Sonia Regina Jurado, Luana Gasparelli Feitosa, Ilda Estefani Ribeiro Marta, Fabricia Tatiane da Silva Zuque, Fernanda Bárbara Valadão.....	<b>3759</b>

# Estomaterapia no Brasil: sua história e perspectivas

A estomaterapia é uma especialidade exclusiva do enfermeiro. Surgiu na década de 1950 na Cleveland Clinic, nos Estados Unidos da América. Norma N. Gill - Thompson paciente do médico cirurgião Dr Ruppert Turnbull, foi submetida a procedimento cirúrgico, devido a doença inflamatória crônica intestinal, que resultou em uma ileostomia. Gill desenvolveu ótimas habilidades para o autocuidado e foi convidada por seu médico para auxiliá-lo nas orientações de outros pacientes que necessitavam de uma estomia intestinal como parte de seu tratamento. Assim, surge a estomaterapia.

Norma Gill passa a realizar cursos para profissionais e leigos e gradativamente o cuidado da pessoa com estomia se espalha pelos EUA e para o mundo e criação do World Council of Enterostomal Therapy - WCET -, que em 1980 definiu a estomaterapia como exclusiva do enfermeiro. Desta forma a especialidade cresce dentro da Enfermagem e expande seus campos de trabalho.

Em virtude do cuidado da pele e desenvolvimento tecnológico para o cuidado especialmente da dermatite periestomia, os especialistas passam a dar atenção também às pessoas com feridas crônicas e agudas e, posteriormente às pessoas com incontinência anal e urinária. Desta forma a estomaterapia tem três áreas de abrangência: cuidado de pessoas com estomias de qualquer natureza, incontinência anal e urinária, prevenção e tratamento de feridas, e ainda cuidado com tubos, drenos e cateteres.

No Brasil a especialidade surge em 1990 na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com a primeira turma do curso de especialização em estomaterapia. Esse foi o único curso no Brasil até 1999. Hoje existem 25 cursos de especialização acreditados pela SOBEST no país, sendo o Sudeste a região que concentra

maior número de especialistas no Brasil.

Em dezembro de 1992, foi fundada a Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e atualmente denomina-se Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências, devido mudanças do Código Civil Brasileiro. A SOBEST é uma associação científica cultural sem fins lucrativos que por meio de sua diretoria e associados realiza ações para o desenvolvimento da especialidade no país com divulgação e compartilhamento do conhecimento científico na área e realizando diversas atividades que auxiliam profissionais no cuidado especializado com qualidade. Destacam-se os Congressos, Simpósios, Cursos de Extensão, Palestras, Conferências, além da publicação de livros, cartilhas educativas, ações na comunidade, participação de especialistas em programas de rádio, televisão, redes sociais e outros.

Neste ano completa-se 30 anos da especialidade no Brasil e pode-se dizer com certeza que a estomaterapia brasileira é composta por especialistas dedicados que buscam por melhorias na sua prática independente ou institucional e muitas instituições de saúde já possuem serviços especializados de estomaterapia e até o cargo de enfermeiro estomaterapeuta. Além disso, algumas conquistas também fazem parte da trajetória da estomaterapia no Brasil, como a Portaria 400, do Ministério da Saúde que define as orientações gerais para atenção à saúde das pessoas com estomias no Brasil, a luta por inclusão de materiais específicos para cuidado de pessoas com estomias, feridas e incontinências no âmbito dos sistemas público e privado de saúde, contribuição na definição de necessidades e qualidades de produtos específicos para prevenir ou cuidar de pessoas com necessidades especiais de saúde nessas três grandes áreas de abrangência da es-

pecialidade, participação de especialistas brasileiros na elaboração de protocolos assistências e em consensos internacionais e muitas outras ações.

A estomaterapia é uma especialidade que vem crescendo e ganhando espaço no campo da saúde, o estomaterapeuta é profissional hoje reconhecido pela equipe de saúde e vem ganhando destaque na sociedade de maneira geral. Muito já foi realizado e conquistado, mas ainda há muito a ser feito e para tal se faz necessário a participação de todos os especialistas na busca da manutenção da qualidade de formação dos novos estomaterapeutas e no engajamento por maiores e melhores espaços. A trajetória na especialidade contribuirá não só para estas conquistas em uma área específica da profissão, mas será extremamente importante para o reconhecimento da importância do enfermeiro no cuidado à saúde das pessoas. 🐦



**Maria Angela Boccara de Paula**

Enfermeira estomaterapeuta Professor Doutor do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté. Editor do Brazilian Journal of Enterostomal Therapy - Revista Estima. Presidente da Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências - SOBEST (gestão 2018-2020)



# calçado profissional antiderrapante



Solado Antiderrapante - Tecnologia "SUPER GRIP"

ADEQUADO PARA PISOS ESCORREGADIOS, COM RESÍDUOS DE ÓLEO

uso em hospitais, clínicas, padarias, restaurantes, hotéis, frigoríficos, açougues, abatedouros, limpeza e outros lugares com pisos escorregadios

## LANÇAMENTO

Sapato sem biqueira

CA nº 42.558  
Ref. 8887



- Palmilha absorvente antimicrobiana
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Isolação contra o frio
- Cores ●●●●

- Super leve (EVA)
- Confortável
- Fácil Higienização
- Cabedal Antibacteriano

Bota cano longo sem biqueira

CA nº 42.553  
Ref. 8887



- Inovador
- Isolação contra o frio
- Isolação elétrica IECEN 13.832-2009 Classe II
- Super Leve (EVA), etc.
- Resistente à produtos químicos K - O - P - R
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●

Bota cano longo com biqueira

Soft Works

CA nº 35.347  
Ref. 8886

Grado: 34 ao 45

Inovador

- Isolação contra o frio
- Isolação elétrica IECEN 13.832-2009 Classe II
- Super Leve (EVA), etc.
- Resistente à produtos químicos D - K - O - P - R
- ABNT NBR ISO 20.346/2015
- Cores ●●●●

Biqueira de COMPOSITE



Solado Antiderrapante SRC



Bota cano curto

Soft Works

CA nº 37.300  
Ref. 8885

Grado: 34 ao 45

Inovador

- Isolação contra o frio
- Isolação elétrica IECEN 13.832-2009 Classe II
- Super Leve (EVA), etc.
- Resistente à produtos químicos D - K - O - P - R
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●



Sapato Soft Works

CA nº 31.899  
Ref. 8885

Grado: 33 ao 41

- Possui palmilha antimicrobiana
- Atende a norma NBR-32
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●



Tênis Soft Works

CA nº 17.012  
Ref. 8883

Grado: 33 ao 41

- Possui palmilha antimicrobiana
- Atende a norma NBR-32
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●



Sapato Feminino Soft Works

CA nº 40.253  
Ref. 8895

Grado: 34 ao 40

- Possui palmilha antimicrobiana
- Atende a norma NBR-32
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●



Tamanco sem palmilha Soft Works

CA nº 27.021  
Ref. 8880

Grado: 33 ao 45

- Solo de conforto emitido pelo IITC\*
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●



Sapato com biqueira Soft Works

CA nº 41.554  
Ref. 8880

Grado: 34 ao 45

- Palmilha absorvente antimicrobiana
- ABNT NBR ISO 20.346/2015
- Cores ●●●●



Biqueira de composite

Sapatilha Soft Works

CA nº 34.051  
Ref. 8850

Grado: 34 ao 40

- Solo de conforto emitido pelo IITC\*
- EVA emborrachado
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores ●●●●



\*Proteção pendente - Patente PI n.º BR 10 2017 002706 à - nova biqueira\*  
\*Modelo de Utilidade MU - BR 20 2015 018192 0 02 -  
MU - BR 20 2015 008108 0 02 - Solado antiderrapante\*\*



25 ANOS  
1994 - 2019



# Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



(16) 3703 3240 epi@softworksepi.com.br

[www.softworksepi.com.br](http://www.softworksepi.com.br)

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
I Encontro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal do Estado de Goiás	16 a 18/04/2020	Goiânia - GO	Organização: Abenfo - GO Informações: <a href="http://www.abenfogoiias.com.br">www.abenfogoiias.com.br</a>
38º Congresso Brasileiro de Circulação Extracorpórea	17 e 18/04/2020	Porto Alegre - RS	Organização: SBCEC - Sociedade Brasileira de Circulação Extracorpórea Site: <a href="http://www.sbcec.com.br">www.sbcec.com.br</a>
X Simpósio Internacional CEEN de Enfermagem "O Maior Evento do Centro-oeste"	25/04/2020	Goiânia - GO	Organização: CEEN Centro de Estudos. Site: <a href="http://www.simposioceen.com.br">www.simposioceen.com.br</a>
III Congresso Internacional de Neurointensivismo (CONINI)	27 a 30/05/2020	Rio de Janeiro - RJ	Organização: Plano A Comunicação e Eventos Site: <a href="http://www.conini.com.br">www.conini.com.br</a>

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **Revista Nursing**, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

- 01 Devem ser enviados para [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br), acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos um autor deve ser assinante da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail [artigo@mpmcomunicacao.com.br](mailto:artigo@mpmcomunicacao.com.br)
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.



# REFERÊNCIA QUE VEM DE NOME.



1. FORMAÇÃO MAIS RÁPIDA  
de tecido de granulação.<sup>1</sup>

2. MELHORA NOS ESCORES  
de classificação do leito da ferida.<sup>1</sup>

3. MELHORES TAXAS  
de cicatrização.<sup>1</sup>



1. Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. *Chronic W Care Manag Res.* 2014; 1: 49-56.

**KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.**

**Kollagenase** - colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g. USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Desbridante enzimático para tratamento de lesões da pele, queimaduras e previamente ao transplante de pele. Reg. MS nº 1.0298.0431. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** CNPJ 44.734.671/0001-51. Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira, SP. Indústria Brasileira. SAC: 0800 7011918. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

SAC  
0800 7011918

AN-KOLL-2020

CRISTÁLIA  
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

www.cristalia.com.br

# Inovação e tecnologia, aliadas fundamentais da Enfermagem

Por Daiane Brito

Foto: Divulgação



**Guilherme Moretti Ferrari**

Gerente de Vendas e Marketing da Arjo Brasil.

Ferramentas inovadoras e tecnológicas são importantes aliadas dos enfermeiros no cuidado ao paciente. Não é por acaso que o setor de saúde é um dos mercados que mais crescem a cada ano. Nos hospitais situações cotidianas exigem que o profissional da enfermagem manuseie o paciente que tem dificuldades de mobilidade, pensando em situações como essas as empresas desenvolvem produtos e soluções que garantem o manuseio ergonômico do paciente, a higiene pessoal, a desinfecção, o diagnóstico e prevenção eficaz de lesões por pressão e tromboembolismo venoso. Auxiliando assim o profissional, em todas as esferas de assistência ao paciente, a elevar continuamente o padrão de atendimento seguro e humanizado.

A Arjo é uma empresa de origem sueca que há mais de 60 anos oferece dispositivos médicos, serviços e soluções que

melhoram a qualidade de vida de idosos e pessoas com mobilidade reduzida, é uma multinacional de alcance global que atua no segmento da saúde desde 1957. Para saber com maiores detalhes o que eles oferecem de mais inovador no mercado de saúde brasileiro, conversamos com Guilherme Moretti Ferrari, Gerente de Vendas e Marketing da empresa.

## Revista Nursing: Qual é a proposta dos produtos da Arjo?

**Guilherme Moretti Ferrari:** A nossa proposta envolve o nicho que atende pacientes obesos, os que possuem dificuldade de mobilidade e também idosos.

## Nursing: Qual é a principal preocupação da Arjo?

**Guilherme:** A Arjo se preocupa em atender algumas das situações mais delicadas com os pacientes nos hospitais. Transferência, banho, queda ou recepção de um doente bariátrico na instituição são alguns exemplos. Todas essas ocasiões são, em tese, estressantes e envolvem claro, o paciente e o enfermeiro, mas também familiares do paciente que estão presentes em muitos desses momentos.

## Nursing: Pensando em situações como essas, citadas anteriormente, que são da rotina de um hospital, o que a Arjo oferece, no mercado brasileiro de mais recente, para proporcionar melhor experiência tanto para o enfermeiro como para o paciente?

**Guilherme:** Existem três produtos do portfólio da Arjo que foram pensados exatamente para facilitar e solucionar essas situações e que juntos se complementam, além de gerar mais economia nos custos e maior eficiência dos hospitais. São eles: Maxi Move (elevador/guincho de transfe-

rência), Carendo (cadeira de banho elétrica) e Citadel Plus (cama de obeso com capacidade de peso total de até 522kg).

- **Maxi Move**

Elevador/Guincho de pacientes utilizado para transferências, pesagem, deambulação, reposicionamento na cama de forma totalmente segura, confortável e digna, prevenindo quedas e lesão por pressão, além de preservar a ergonomia do cuidador em todos estes movimentos.

- **Carendo**

Cadeira ergonômica para banho com capacidade exclusiva de oferecer ótimas soluções para todas as etapas dos processos de higiene, tornando estas rotinas mais fáceis e confortáveis tanto para o cuidador quanto para o paciente. Todos os aspectos da Carendo são projetados de forma a maximizar a segurança do doente. Isto representa menor esforço para os cuidadores em tarefas tradicionalmente desempenhadas na cama, como vestir e despir o paciente ou trocar fraldas por incontinência.

- **Citadel Plus**

Cama elétrica para obesos com ferramentas facilitadoras do cuidado de pacientes nestas condições. Possui extensão lateral e de comprimento para possibilitar maior conforto e dignidade ao paciente, PowerDrive (direção elétrica para isenção de esforço do cuidador), alarmes anti-queda, sensores anti esmagamento, entre outras. É um sistema projetado para se misturar com outras camas usadas no ambiente hospitalar, ajudando a preservar o senso de dignidade do paciente enquanto entrega a funcionalidade exigida por cuidadores para gerenciar pacientes pesando até 454 kg (1000 lbs). 🐣

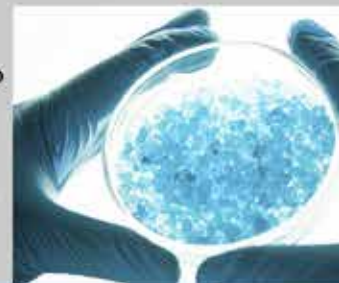
casex.com.br

f casex

# CASEX HYDROCARE®

## Curativo de Hidrofibra

Os laboratórios CASEX desenvolveram o curativo de hidrofibra **Hydrocare®** com características que o diferenciam no mercado devido à elevada capacidade de absorção de líquido e formação de gel com alta coesão, permanecendo íntegro durante todo o tempo de uso do produto permitindo a retirada do curativo em uma peça única mesmo após a saturação.



Lançamento

TESTE COMPARATIVO  
POR 7 DIAS DO  
CASEX HYDROCARE®  
COM SEUS PRINCIPAIS  
CONCORRENTES



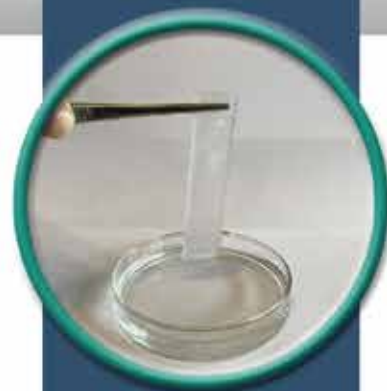
### CONCORRENTE 1

Resultou em uma massa amorfa com perda total da integridade do gel.



### CONCORRENTE 2

Dissolução quase total do gel apesar da utilização de malha de fios celulose.



### CASEX HydroCare®

CaseX HydroCare® permaneceu íntegro sem perda do gel.

Metodologia: Amostras de 20x100mm foram submersas em solução em condições fisiológicas semelhantes ao uso clínico de feridas. Após 7 dias foram lavadas em água corrente, sem pressão, para que permanesse somente o gel que aderiu ao tecido.

Solicite Amostra Grátis do  
CASEX HydroCare®  
pelo site [www.casex.com.br](http://www.casex.com.br)

(41) 3364-8672  
0800 643 8672

R. FREDOLIN WOLF, 4474  
SANTA FELICIDADE  
82.410 330  
CURITIBA, PR, BRASIL

CASEX

# A maior conferência do ramo de feridas da Europa: EWMA 2020

Por Daiane Brito

Com o tema “Enhancing Wound Care Quality: Global Collaboration for Local Action” a conferência European Wound Management Association (EWMA 2020), promovida anualmente pela organização, European Wound Management Association, será realizada em Londres, Inglaterra a partir do dia 13 de maio até o dia 15 e contará com mais de 900 apresentações e workshops, além de uma grande exposição com mais de 160 empresas focadas em oferecer soluções inovadoras para o tratamento e gerenciamento de feridas. O evento reúne mais de seis mil participantes e conta com uma excelente infraestrutura.

Fundada em 1991 a EWMA (European Wound Management Association) é uma organização europeia sem fins lucrativos que promove o conhecimento e desenvolvimento da educação no gerenciamento de



Foto/Ilustrativa: CanStockPhoto

feridas, com o apoio de diferentes organizações da Europa, através de conferências e contribuições para projetos internacionais relacionados ao tratamento de feridas.

Fonte: EWMA

Para saber mais sobre o evento acesse o site da organização [www.ewma.org](http://www.ewma.org).

## livro

# Conhecimento em Exames Laboratoriais

Por Daiane Brito

O livro **Interpretação de Exames Laboratoriais na Prática do Enfermeiro** é um manual que foi elaborado em conjunto com os alunos de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, organizado pelo docente Carlos Leonardo Figueiredo Cunha e publicado no ano de 2014 pela editora Rubio. Atualmente o livro é um dos best-sellers da Enfermagem no Brasil.

### SINOPSE

Atualmente, a solicitação, a leitura e a interpretação dos exames laboratoriais de rotina e complementares fazem parte do cotidiano do cuidado realizado pela

Enfermagem. Essas ações estão respaldadas na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986) e em portarias emitidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Nesse contexto, é importante que o enfermeiro tenha subsídios científicos que lhe garantam um bom desenvolvimento em sua profissão.

Interpretação de Exames Laboratoriais na Prática do Enfermeiro é um guia prático e mostra, de maneira sistemática, os exames de rotina (hemograma [eritrograma e plaquetograma], leucograma, dosagem de lipídios séricos, EAS [exame de urina tipo 1] e exame parasitológico de fezes) e os complementares

(gasometria, análises laboratoriais no pré-natal de baixo risco e exame de Papanicolaou [laudo citológico]).



Foto: Divulgação



# HYALUDERMIN.®



## ACELERANDO A CICATRIZAÇÃO

**HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - Creme.** ■ **INDICAÇÕES:** Hyaludermín® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associadas a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. ■ **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. ■ **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. ■ **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. ■ **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. ■ **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g.

Reg. MS - 1.0341.0053 - VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA

**SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO.  
SEU USO PODE TRAZER RISCOS.  
PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO.  
LEIA A BULA.



Your experience, your expertise,  
your expectations

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.  
Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903  
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15



SAC@TRBPHARMA.COM.BR

# Dimensões psicológica e espiritual de pais de crianças vivendo com HIV e AIDS

**RESUMO** | Objetivo: investigar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e aids, segundo dimensões psicológica e espiritual. Método: Investigação exploratória, descritiva, com enfoque misto. Participaram do estudo 18 usuários de um Hospital Escola em João Pessoa - PB. Utilizou-se a técnica de gravação em aparelho mp3, as quais foram transcritas na íntegra, no programa de texto Notepad. Após essa etapa, para análise das respostas utilizou-se o software IRAMUTEQ. Resultados: 83,3% eram do sexo feminino, 38,8% encontravam-se entre 19 e 32 anos de idade e 55,5% eram casados. 50% concluiu o segundo grau e 44,4% são católicos. Dos discursos, emergiram as categorias dimensão psicológica relacionada à necessidade de ajuda; dimensão espiritual relacionada à necessidade de ajuda e dimensão espiritual de cuidado e saúde do ser humano. Conclusão: As dimensões emocional e espiritual devem ser abordadas no cuidado às pessoas que vivem com HIV e aids.

**Palavras-chaves:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Qualidade de Vida; Espiritualidade.

**ABSTRACT** | Objective: to investigate the quality of life of people living with HIV and aids, according to psychological and spiritual dimensions. Method: Exploratory, descriptive research, with a mixed focus. Eighteen users of a teaching hospital in João Pessoa - PB participated in the study. The recording technique on an mp3 device was used, which were fully transcribed in the Notepad text program. After this step, the IRAMUTEQ software was used to analyze the responses. Results: 83.3% were female, 38.8% were between 19 and 32 years of age and 55.5% were married. 50% completed high school and 44.4% are catholic. From the speeches, the categories psychological dimension related to the need for help emerged; spiritual dimension related to the need for help and spiritual dimension of care and health of the human being. Conclusion: The emotional and spiritual dimensions must be addressed in caring for people living with HIV and aids.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome; Quality of Life; Spirituality.

**RESUMEN** | Objetivo: investigar la calidad de vida de las personas que viven con HIV y sida, de acuerdo con las dimensiones psicológicas y espirituales. Método: investigación exploratoria, descriptiva, con un enfoque mixto. Dieciocho usuarios de un hospital docente en João Pessoa - PB participaron en el estudio. Se utilizó la técnica de grabación de mp3, que se transcribió en su totalidad, en el programa de texto del Bloc de notas. Después de este paso, se utilizó el software IRAMUTEQ para analizar las respuestas. Resultados: 83.3% eran mujeres, 38.8% tenían entre 19 y 32 años y 55.5% estaban casados. 50% completaron la escuela secundaria y 44.4% son católicos. A partir de los discursos, surgieron las categorías psicológicas relacionadas con la necesidad de ayuda; dimensión espiritual relacionada con la necesidad de ayuda y dimensión espiritual del cuidado y la salud del ser humano. Conclusión: las dimensiones emocionales y espirituales deben abordarse en el cuidado de las personas que viven con el HIV y sida.

**Palabras claves:** Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida; Calidad de Vida; Espiritualidad.

## Sergio Vital da Silva Junior

Mestre em Enfermagem. Enfermeiro. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida - UFPB.

## Wilton José de Carvalho Silva

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública em Região de Fronteira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

## Elismar Pedroza Bezerra

Mestre em Gerontologia. Enfermeira - Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

## Helga de Sousa Soares

Enfermeira - Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

## Ana Elizabeth Lopes de Carvalho

Mestre em Enfermagem. Enfermeira. Universidade de Pernambuco e Prefeitura do Recife. Pernambuco, Brasil.

## Fabienny da Silva Soares

Enfermeira. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Urgência e Emergência e Obstetrícia. Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem do Centro de Ensino Técnico da Paraíba (CETEPA).

## Solange Monteiro Moreira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW-UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

**Recebido em:** 27/01/2020

**Aprovado em:** 19/02/2020

## Maria Eliane Moreira Freire

Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Docente no Departamento de Enfermagem Clínica e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba. Vice-líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB/Brasil.

## INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) configura-se um problema de saúde pública mundial. Existe uma concentração dos casos no Sudeste e Sul, correspondendo a 54,4% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte

correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total dos casos, respectivamente. O tempo de sobrevida do paciente vivendo com HIV e aids aumentou após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART), a partir de 1996, sendo a distribuição proporcional dos casos de AIDS por regiões no cenário nacional<sup>(1)</sup>.

Na modernidade, o HIV é uma das principais condições infecciosas emergente, pela sua magnitude e extensão de danos causados às sociedades do mundo inteiro. Destaca-se a transmissão vertical que ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, trabalho de parto ou parto propriamente dito decorrente do contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno ou a amamentação. Estima-se que cerca de 12 mil recém-nascidos sejam expostos ao HIV ao ano<sup>(2)</sup>.

A gestante que vive com essa condição de saúde também se confronta com a possibilidade de que a infecção se manifeste nela, ou em seu filho, caso se dê a transmissão vertical pela ineficácia das medidas profiláticas. Diante desta possibilidade, o conjunto de suas expectativas sobre a maternidade veicula-se a uma condição existencial, na qual a morte não é só imaginária, mas uma possibilidade real, podendo até ser apreendida como imediata<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, com o avanço tecnológico e científico do cuidado, os profissionais da área da saúde passam a desenvolver grande interesse no construto Qualidade de Vida (QV), que consoante com os novos paradigmas passaram a nortear as práticas destes profissionais que lidam com o cuidado de pessoas que vivem com HIV e aids.

A QV é uma entidade subjetiva, multidimensional, por receber influências (quantitativas e qualitativas) das dimensões física, psicológica, ambiental, social e espiritual, podendo diferir de indivíduo para indivíduo, e que até mesmo no próprio indivíduo pode variar ao longo do tempo<sup>(4)</sup>.

Um projeto multicêntrico envolvendo diferentes culturas destacou três aspectos

de grande relevância para o constructo QV: a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade<sup>(5)</sup>. Destarte, o termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que envolve de um modo geral a percepção da saúde e do impacto dos aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais sobre ela, que incluem aqueles aspectos relacionados à saúde, mas excluem outros mais genéricos como, por exemplo, ganho salarial, liberdade e qualidade do meio ambiente<sup>(6,7)</sup>.

Ante o exposto, este estudo buscou respostas ao seguinte questionamento: que aspectos da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e aids sofrem interferência segundo as dimensões psicológica e espiritual? Para responder à questão proposta, a presente pesquisa teve como objetivo: investigar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e aids, segundo dimensões psicológica e espiritual.

#### MÉTODO

A presente investigação é um estudo exploratório e descritivo, com enfoque misto. Na abordagem qualitativa, entende-se que há uma relação dinâmica entre a realidade e o sujeito, havendo assim um vínculo entre ambos, indissociável que é traduzido através da interpretação dos fenômenos e significados que emergem dos dados<sup>(8)</sup>.

A presente pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Especializado - SAE, de um hospital escola localizado no município de João Pessoa, PB. Este serviço oferece atendimento a mulheres gestantes, não gestantes, parceiros e crianças até os 13 anos de idade que vivem com HIV e aids.

A população do estudo foi composta por mulheres e homens cadastrados e atendidos no serviço citado, por serem soropositivos para o HIV e/ou seus filhos. Para composição da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mãe e/ou pai vivendo com HIV e aids, em acompanhamento terapêutico no referido serviço; mãe e/ou pai de criança soropo-

sitiva ou sorointerrogativa para HIV, ou vivendo com aids, em acompanhamento terapêutico nesse serviço. Assim, a amostra constituiu-se por acessibilidade, ou seja, os pesquisadores selecionaram os participantes a que tiveram acesso para o estudo e que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, admitindo que estes pudessem representar o universo do estudo<sup>(9)</sup>.

Para viabilizar a coleta de dados foi adotada a técnica de entrevista, norteadas por um roteiro semiestruturado, contemplando dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, atividade laboral, renda mensal familiar, religião, atividade de lazer) e questões objetivas e subjetivas relativas ao objeto do estudo. As perguntas versavam sobre a dimensão emocional/psicológica e sobre a dimensão espiritual.

A etapa de coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2019 após apreciação e aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, anuência da direção do serviço e dos participantes. Utilizou-se para o registro das respostas às questões subjetivas, o sistema de gravação em aparelho mp3.

A análise dos dados empíricos foi realizada mediante a análise estatística descritiva simples, apresentada com distribuição de frequência em números absolutos para variáveis sociodemográficas e clínicas; os dados subjetivos oriundos das entrevistas foram analisados por meio do software Interface de R pour l'Analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ).

Compuseram a amostra 18 usuários do SAE. Para a técnica de entrevista, o pesquisador aproximou-se dos colaboradores que aguardavam atendimento ambulatorial, apresentando-se e solicitando a participação destes, esclarecendo-os acerca dos objetivos e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após anuência, eram realizadas as perguntas por meio de gravação em mp3, e ouvidas as respostas.

Para o desenvolvimento da técnica o pesquisador do estudo conduziu a en-

trevista orientando-se por um roteiro de perguntas semiestruturadas, elaborado no sentido de norrear a conversa e apreender o ponto de vista dos sujeitos entrevistados sobre a temática Objeto de estudo. Durante toda a entrevista, o pesquisador permitiu o livre discurso e ao mesmo tempo o delineamento da conversa, buscando manter a entrevista sintonizada com os objetivos da pesquisa. As falas das entrevistas foram gravadas em aparelho digital e para seu encerramento utilizou-se o critério de saturação, isto é, quando, após as informações coletadas com certo número de mulheres, novas entrevistas passaram a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo<sup>(10)</sup>.

Encerradas as entrevistas, as gravações foram transcritas na íntegra, no programa de texto Notepad, constituindo o Corpus de entrevistas. Após essa etapa, para o processamento dos dados, utilizou-se o software IRAMUTEQ. Trata-se de um programa livre que se ancora no software R, e que permite processamento e análises estatísticas de textos produzidos. Foi desenvolvido na língua francesa, mas atualmente possui tutoriais completos em outras línguas<sup>(11)</sup>. O IRAMUTEQ possibilita os seguintes tipos de análises: pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras<sup>(12)</sup>.

Em observância às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos no cenário brasileiro, referenciados na Resolução CNS nº 466/2012<sup>(13)</sup>, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, CAAEE 56340516.4.0000.5183, tendo sido aprovado sob parecer: 1662882.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 18 (100%) usuários do Serviço de Atendimento Especializado de um Hospital Escola na cidade de João Pessoa. Destes, 15 (83,3%) eram do sexo feminino. Com idade média entre 27 anos, variando entre 16 e 47 anos. A

maioria dos entrevistados, sete, (38,8%) estavam entre 20 a 25 anos. Quanto ao estado civil, os respondentes afirmaram que 10 (55,5%) eram casados, seis (33,3%) solteiros e dois (11,1%) divorciados.

Com relação a religião, oito (44,4%) seguiam o catolicismo, sete (38,8%) o protestantismo; um (5,6%) afirmou ser espírita e dois (11,2%) participantes alegaram não ter religião.

Quanto à escolaridade, nove participantes (50%) afirmaram terem concluído o segundo grau; oito (44,4%) concluíram o primeiro grau enquanto que um (5,6%) participante alegou nunca ter estudado.

Referente ao tempo de diagnóstico do filho, três (16,6%) apresentavam três anos de diagnóstico; dois (11,2%) ainda estavam investigando a soropositividade do filho; e os demais participantes entre um mês a 11 anos de diagnóstico. É importante destacar que todas as mães entrevistadas afirmaram não amamentar seus filhos desde o nascimento.

Ao serem questionados acerca da sua profissão, as respostas dos participantes foram variadas, sendo apresentadas as seguintes respostas: quatro (22,2%) vendedor, três (54%) faxineiro, dois (11,1%) comerciante, dois (11,1%) professor de ensino médio,

dois (11,1%) do lar, dois (11,1%) autônomo, um (5,5%) manicure, um (5,5%) recepcionista e uma (5,5%) desempregada.

No que tange à inferência empírica dos dados, pode-se visualizar a análise interpretativa gerada pelo programa que demonstra as classes/categorias advindas das partições do conteúdo as quais consistem em categorias relacionadas a qualidade de vida de pais de crianças vivendo com hiv/aids na perspectiva das dimensões psicológica e espiritual da saúde do ser humano. Emergiram as categorias: Dimensão psicológica relacionadas à necessidade de ajuda; Dimensão espiritual relacionada a necessidade de ajuda e Dimensão espiritual de cuidado e saúde do ser humano. Para manter o anonimato aos participantes da pesquisa, foi atribuído o código lexical “P” para participante.

No que diz respeito ao método da nuvem de palavras, onde ocorre o agrupamento e organização gráfica das palavras em função da sua frequência, possibilitando rápida identificação das palavras-chave do corpus textual e análise lexical simples<sup>(20)</sup>. Pelo método de nuvem de palavras, verificou-se que as palavras que obtiveram frequência relativa foram: Deus, saber e achar, disponível na Fig. 1.

**Figura 1 - Nuvem de palavras sobre qualidade de vida de pais de crianças vivendo com HIV e aids na perspectiva das dimensões psicológica e espiritual da saúde do ser humano. João Pessoa, 2020 (n=18).**





Quando questionados sobre os sentimentos ao solicitar ajuda, os entrevistados referiram algumas sensações que estão ligadas à sua dimensão psicológica. Segundo eles, ao necessitarem da ajuda de outrem, sentem que as atividades desempenhadas não são satisfatórias, como seria caso fossem desempenhadas por eles mesmos. Sentem ainda a possibilidade de morte iminente, o que faria deixarem de desempenhar atividades de vida diária, acarretando sofrimento aos seus dependentes. A culpabilidade também aparece nos discursos das pessoas que vivem com HIV e aids.

Eu quero eu mesma cuidar das minhas filhas, não quero contar com a ajuda de ninguém porque eles não vão cuidar como nós que somos mãe cuidamos. (P1)

Espero coisa boa. Que não aconteça coisa ruim tão cedo comigo para continuar cuidando das minhas filhas. (P2)

Sempre que ele precisar o que depender de mim faria o possível. (P2)

Eu acho que às vezes as pessoas não querem ajudar; fazem as coisas por pena. (P3)

Acho que às vezes minha família me culpa, mas eles sempre me ajudam muito. Acho que não tenho culpa, não iria querer isso para ele. (P4)

Gosto nem de pensar acho que é muito sofrimento me bate um nervosismo quando penso nisso. (P5)

As falas evidenciam os sentimentos na esfera psicológica dos indivíduos, os quais acreditam ser a ajuda, algo que menospreza quem é ajudado, o faz sentir menor em relação a quem ajuda. A cronicidade da aids advinda com o tratamento antirretroviral, pode interferir na saúde física, mental e no bem estar das pessoas que fazem uso dessa terapia, acarretando situações negativas nas atividades de vida diária e por conseguinte na qualidade de vida desses indivíduos.

A família, diante da necessidade de cuidar de um de seus membros, percebe-se fragilizada diante desse processo de doença, e passa a buscar ajuda para suportar e superar tais dificuldades; neste enfrentamento, elas encontram o apoio que necessitam na religião ou espiritualidade, apegando-se a fé como uma esperança de cura e ou resiliência.

Em alguns momentos, os participantes da pesquisa fizeram distinção do que seria ajuda física, a qual, muitas das vezes é recebida como uma situação que menospreza e deprime fazendo com que a pessoa com HIV e aids se sinta vitimada; e a ajuda advinda de Deus, a qual é edificante e grandiosa, pois é considerada repleta de misericórdia e bondade.

É melhor você conversar com Deus porque ele pode te ajudar do que você conversar com uma pessoa que seja falsa com você e que não vai lhe ajudar em nada. Ao contrário ela vai lhe atirar pedra. (P1)

Às vezes Deus usa as pessoas. Ele toca nas pessoas para ajudar alguém. Eu vejo assim quando recebo alguma ajuda isso não é dele, foi Deus que mandou. (P5)

A partir desses relatos, é importante que as pessoas envolvidas no apoio espiritual busquem novos horizontes de compreensão e acompanhamento às pessoas com o HIV e aids, não obstante, é desafiante e necessário pensar em algumas ferramentas que possam ser utilizadas na restituição das condições físicas, sociais, econômicas e espirituais para essa população.

Os relatos a seguir mostram o quanto a figura de Deus denota um alívio na luta diária das pessoas que vivem com HIV e aids:

Às vezes eu vejo as pessoas correndo, trabalhando, perdendo tanto tempo em internet e tendo menos tempo com os filhos com a família, e a religião me faz ver isso, que com Deus tudo fica mais fácil, me aproxima mais de Deus,

a pensar um pouco mais em nós, agradecer a Deus todos os dias porque a vida continua. (P1)

Deus nos dá força, Ele cura, liberta da ansiedade, do medo e da aflição [...] eu tenho muito e ainda hoje quando vêm certas coisinhas no pensamento. (P5)

Além de Deus nos dar a cura, temos que ter a convicção e a certeza que ele existe a gente tem que ter a fé e a certeza que ele vai nos curar [...] agora é óbvio que a gente tem que usar a fé [...] ele deu a inteligência ao homem para ele se especializar e estudar e a gente correr atrás de um médico. [...] porque Deus é o médico dos médicos, mas Deus deu a inteligência, então a gente tem que usar a fé com a inteligência: tem que ir no médico tem que se cuidar e tomar as medidas. (P11)

## DISCUSSÃO

Em estudos relacionados à QV de pessoas vivendo com HIV e aids, predomina o sexo masculino, entretanto, o sexo feminino aparece com relativo aumento nas últimas décadas, apresentando baixos escores de qualidade de vida quando comparados a indivíduos sadios.<sup>(14)</sup> Atualmente a epidemiologia da Aids no Brasil caracteriza-se pela heterossexualização, feminização, faixa etária jovem e com baixo nível de escolaridade<sup>(15)</sup>.

Apesar de ainda haver mais casos de AIDS entre os homens do que entre as mulheres, essa diferença tem diminuído ao longo dos anos, indicando o avanço do processo de feminização, no qual o número de mulheres infectadas aumenta rapidamente entre as heterossexuais casadas, com parceiro único e não-usuárias de drogas, sendo a relação sexual a principal via de transmissão do HIV para essas mulheres<sup>(16)</sup>.

Estudos realizados com mulheres brasileiras casadas e portadoras do vírus revelaram que a maioria considerava a

convivência prolongada com o parceiro como uma forma de segurança contra o HIV. Aliado a estes fatores, está a maior vulnerabilidade feminina a nível morfológico e biológico que se relaciona a maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, podendo ocorrer microfissuras no tecido vaginal e retal no ato da penetração sexual e a maior quantidade de vírus nos fluidos sexuais masculinos<sup>(17)</sup>.

A faixa etária mais acometida pelo HIV/AIDS está compreendida entre o intervalo entre 30 – 39 anos. Esses dados são concordantes ao Boletim Epidemiológico disponibilizado pelo Ministério da Saúde<sup>(18)</sup>, assim como em outros estudos<sup>(16,17,19)</sup>, mostrando que a faixa etária mais acometida está entre jovens adultos.

A Psicologia da Saúde considera os aspectos de religiosidade e espiritualidade como possíveis fontes de apoio social no enfrentamento da doença, especialmente em enfermidades crônicas, como o HIV e aids, a Psicologia Positiva, aponta que as emoções positivas, entre estas a fé e a espiritualidade, auxiliam na manutenção e desenvolvimento saudável mesmo em processo de saúde-doença<sup>(20)</sup>.

É válido analisar, porém, que essas pessoas necessitam de uma assistência contínua e integral, além do compromisso com o seu autocuidado. Isso consiste em um desafio para os pacientes, visto que a convivência com a doença acarreta mudanças em seus cotidianos e pelo fato da aids ainda ser marcada pelo preconceito e estigma social<sup>(21)</sup>.

O enfrentamento desse agravo pode trazer consigo circunstâncias de exclusão e estigma por parte da sociedade, causando ruptura nas relações interpessoais de afeto, sexualidade e socialização. Sabe-se que o estigma, desde o início da epidemia, destacou-se como um dos maiores problemas a serem superados e que repercute em muitas esferas da vida das pessoas com HIV e aids<sup>(22)</sup>.

Destarte, a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids envolve, além da terapia medicamentosa, os aspectos sociais, religiosos e culturais,

os quais são motivos de pesquisa na área da saúde que buscam, a partir das evidências científicas, ofertar atendimento integral, humanizado e resolutivo, compatível com as reais necessidades dessas pessoas desde a prevenção da infecção até a recuperação da saúde<sup>(23)</sup>.



Na atenção à saúde em geral tem-se buscado não somente métodos de prevenção e controle, mas também estratégias para facilitar e melhorar a vida das pessoas.



A criança que vive com HIV e aids precisa conviver com a doença, podendo passar por situações difíceis e de confusa compreensão, necessitando de cuidados especiais de seu familiar cuidador, o qual precisa ser devidamente instrumentalizado para o enfrentamento eficaz das situações cotidianas como: o estresse à família que tem no cuidado a esperança de sua cura, e a vírus HIV, quando essa apresenta um machucado com sangramento<sup>(24)</sup>.

Compreendendo o efeito da espiritualidade sobre o viver com HIV através dos relatos dos participantes, as práticas de cuidado poderão ser reorganizadas e reorientadas, levando-se em consideração às subjetividades envolvidas na relação profissional de saúde-paciente-família, enfatizando como o centro do processo de cuidado, a reabilitação da saúde, prevenção de agravos, tratamento da doença, e a própria pessoa enferma<sup>(25)</sup>. Essa ótica de cuidado beneficia a família dos pacientes, no tocante a inserção de humanização, apoio e participação no atendimento das suas necessidades.

## CONCLUSÃO

A presente investigação se propôs a buscar respostas referentes aos aspectos da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e aids que sofrem interferência segundo as dimensões psicológica e espiritual. Dessa forma, observa-se que a saúde do ser humano que está acometido por esse agravo tem impacto negativo nas dimensões evidenciadas, sendo importante que os profissionais de saúde atuantes na área possam lançar mão de ações que visem à integralidade do sujeito nas respectivas facetas relacionadas aos aspectos psicológicos e espirituais desses indivíduos.

Na atenção à saúde em geral tem-se buscado não somente métodos de prevenção e controle, mas também estratégias para facilitar e melhorar a vida das pessoas. A qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV e aids não está atrelada apenas a uma oportunidade de vida longa, mas a possibilidade de enfrentar a adversidade de uma doença crônica, de deparar-se com as limitações impostas pela enfermidade, de viver diante de situações de abandono, poucos recursos sociais e econômicos, ruptura nas relações afetivas, problemas com a sexualidade, entre outras situações desagradáveis ao ser humano.

As perturbações psicoemocionais e espirituais decorrentes do diagnóstico

de uma doença crônica, sem perspectiva de cura, passível de estigma social, bem como as características clínicas da doença e aspectos terapêuticos são fatores que estão diretamente associados à qualidade de vida dessas pessoas.

Os resultados obtidos neste estudo poderão contribuir e fortalecer as linhas de pesquisas relacionadas à atenção às pessoas que vivem com HIV e aids, como também suscitar reflexões entre estudantes e profissionais de saúde e de áreas

correlatas, numa dimensão multidisciplinar e interdisciplinar, no sentido de embasar a prática clínica e de implementar estratégias efetivas na assistência prestada na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. 🐦

## Referências

1. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: HIV/AIDS. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan. 21]. Brasília: 2019. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>
2. Araújo EC, Drosdoski FS, Nunes Júnior NB, Ferreira PGM. Transmissão vertical do HIV em maternidade de referência na Amazônia. *Revista Paraense de Medicina* [Internet]. 2015 [cited 2020 jan. 11]; 29(2):17-19. Available from: <http://www.santacasa.pa.gov.br/data/news/29-2.pdf>
3. Bastos RA, Bellini NR, Vieira CM, Campos CJG, Turato ER. Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. *Revista Bioética* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev. 13]; 27(2):281-8. Doi: 10.1590/1983-80422019272311
4. Soares ASF, Amorim MISPL. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2015 [cited 2020 jan. 11]; Esp.(2): 45-50. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a08.pdf>
5. Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* [Internet]. 1995 [cited 2020 jan. 11]; 41(10): 1403-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
6. Soares AS, Amorim MI. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2015 [cited 2020 fev. 13]; esp.: 45-50. Available from [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100008)
7. Amaral, JF; Ribeiro, JP; Paixão, DX. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Espaç. saúde* [Internet]. 2015 [cited 2020 jan. 11]; 16(1):66-74. Available from: <http://docplayer.com.br/17821041-Qualidade-de-vida-no-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-ambiente-hospitalar-uma-revisao-integrativa.html>
8. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p.
9. Baptista MN, Campos DC. Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2018. 376p.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 416p
11. Ratinand P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Internet]. 2009 [cited 2020 jan. 11]; Available from: <http://www.iramuteq.org/>
12. Moimaz SAS, Amaral MA, Miotto AMM, Costa ICC, Garbin CAS. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software iramuteq. *Revista Saúde e Pesquisa* [Internet]. 2016 [cited 2020 jan. 11]; 9(3): 567-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2016v9n3p567-577>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. 2012 [cited 2020 jan. 09]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/documento/resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>
14. Silva Júnior SV, Silva WJC, Lourenço NS, Nogueira JA, Oliveira e Silva AC, Freire MEM. Quality of life of people living with the human immunodeficiency virus and Acquired immunodeficiency Syndrome. *Rev Rene* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev. 13]; 20(1):e39638. DOI: 10.15253/2175-6783.20192039638
15. Pereira BPM, Silva NM, Moura LRP, Brito CMS, Câmara JT. Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), CAXIAS-MA. *Revista Interdisciplinar* [Internet]. 2016 [cited 2020 jan. 11]; 9(4): 132-41. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/507931>
16. Duarte LC, Rohden F. As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV/AIDS e a produção de narrativas científicas. *Em construção* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev. 13]; 5(1):22 - 36. DOI: 10.12957/emconstrucao.2019.40840
17. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxiapré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2020 fev. 13]; 34 (7): e00206617. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206617>
18. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: HIV/AIDS. [Internet]. 2016 [cited 2020 jan. 21]. Brasília: 2016. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-aids-2016>
19. Silva RAR, Silva RTS, Nascimento EGC, Gonçalves OP, Reis MM, Silva BCO. Perfil clínico-epidemiológico de adultos HIV-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. *Cuidado é Fundamental* [Internet]. 2016 [cited 2020 jan. 11]; 8(3): 4689-96. DOI: 10.9789/21755361.2016.v8i2.4689-4696
20. Silva FS, Oliveira FBM, Mendes CC, Silva G, Santos SO, Pessoa RMC. Preditores associados à qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/ aids: revisão integrativa. *Rev. Pre. Infec e Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2020 jan. 11]; 1(2):53-63. Available from: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3589>
21. Araújo LF, Leal BS, Santos JVO, Sampaio AVC. Análise da resiliência entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: um estudo psicossocial. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev. 13]; 35 (1): e35416. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35416>
22. Araújo LF, Lôbo CJC, Santos JVO, Sampaio AVFC. Concepções psicossociais acerca do conhecimento sobre a AIDS das pessoas que vivem com o HIV. *Revista Colombiana de Psicologia* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev. 13]; 26(2), 219-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59349>
23. Oliveira DC, Spindola T, Gomes AMT, Marques SC, Formozo GA, Campos LA. Nurses' symbolic construction of treatment for people living with HIV/AIDS. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2020 fev 13]; 23(5):596-602. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.13191>
24. Ferreira SL, Sousa IV, Fernandes MVC, Esteves AVF, Rocha EP. A percepção de cuidadoras sobre os cuidados com a criança soropositiva ao HIV. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2019 [cited 2020 fev 13]; 18(3):365-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v18i3.2243>
25. Pinho CM, Dâmaso BFR, Gomes ET, Trajano MFC, Andrade MS, Valença MP. Religious and spiritual coping in people living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 13]; 70(2):392-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0170>

# Estudar e trabalhar: motivações e dificuldades de graduandos de Enfermagem

**RESUMO** | Objetivo: Compreender as motivações e as dificuldades de graduandos em Enfermagem na realização do curso superior. Método: Trata-se de estudo transversal, de abordagem qualitativa, realizada com graduandos em Enfermagem no centro-oeste paulista, coleta de dados em 2018, por meio de entrevista com questionário semiestruturado elaborado pelos autores e dados analisados com Análise de Conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: A atividade remunerada concomitante aos estudos era exercida por 34 (58%) estudantes. As motivações para realização do ensino superior foram a afinidade com a área da saúde, incentivo familiar e perspectiva de futuro melhor. Sobre as dificuldades, o esgotamento físico, a falta de tempo, a dificuldade no financiamento próprio e a necessidade de morar longe da família. Conclusões: Nota-se a necessidade de determinação para não perder a motivação e o foco em alcançar as metas: boa renda salarial, qualificação e espaço no mercado de trabalho.

**Palavras-chaves:** Enfermagem; Estudantes de Enfermagem; Trabalhadores; Motivação.

**ABSTRACT** | Objective: To understand the motivations and difficulties of undergraduate Nursing students in higher education. Method: This is a cross-sectional, qualitative study, conducted with undergraduate nursing students in the Midwest São Paulo, data collection in 2018, through interviews with semi-structured questionnaire prepared by the authors and data analyzed with Content Analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee. Results: The paid activity concurrent with the studies was performed by 34 (58%) students. The motivations for the accomplishment of higher education were the affinity with the health area, family incentive and a better future perspective. About the difficulties, the physical exhaustion, the lack of time, the difficulty in own financing and the need to live away from the family. Conclusions: There is a need for determination not to lose motivation and focus on achieving the goals: good wage income, qualification and space in the job market.

**Keywords:** Nursing; Students, Nursing; Workers; Motivation.

**RESUMEN** | Objetivo: Comprender las motivaciones y dificultades de los estudiantes de pregrado de enfermería en educación superior. Método: Este es un estudio transversal con un enfoque cualitativo, realizado con estudiantes de pregrado de enfermería en el Medio Oeste de São Paulo, recolección de datos en 2018, a través de entrevistas con cuestionarios semiestructurados preparados por los autores y datos analizados con Análisis de Contenido. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación. Resultados: La actividad remunerada concurrente con los estudios fue realizada por 34 (58%) estudiantes. Las motivaciones para el logro de la educación superior fueron la afinidad con el área de la salud, el incentivo familiar y una mejor perspectiva de futuro. Sobre las dificultades, el agotamiento físico, la falta de tiempo, la dificultad en el financiamiento propio y la necesidad de vivir lejos de la familia. Conclusiones: Existe la necesidad de determinación para no perder la motivación y enfocarse en lograr los objetivos: buenos ingresos salariales, calificación y espacio en el mercado laboral.

**Palabras claves:** Enfermería; Estudiantes de Enfermería; Trabajadores; Motivación.

## João Emanuel Ribeiro Santos

Graduando em Enfermagem. Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA). Assis (SP), Brasil.

## Lisley Galvão Lucio

Graduanda em Enfermagem. Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA). Assis (SP), Brasil.

## Ana Paula Teixeira Rosa

Graduanda em Enfermagem. Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA). Assis (SP), Brasil.

## Elizete Mello da Silva

Licenciada em História. Professora, Graduação em Enfermagem, Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA). Assis (SP), Brasil. Doutora em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Assis (SP), Brasil.

## Daniel Augusto da Silva

Enfermeiro. Professor, Graduação em Enfermagem, Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA). Assis (SP), Brasil. Doutorando em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (EPE/UNIFESP). São Paulo (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Em meio a sociedade capitalista vivida na atualidade, a qualificação da mão de obra se torna uma condição para permanência dos indivíduos no mercado de trabalho. Mediante a tal cobrança, a realização do ensino superior tem sido imposição aos profissionais, afim de suprir as demandas deste mercado<sup>1-3</sup>.

O acesso às universidades, outrora entendido como prerrogativa das classes sociais elitizadas, tem suprimido esta característica nos últimos anos, como consequência de ações relacionadas ao processo de expansão do ensino superior, que contribuíram para o ingresso de jovens adultos, mulheres, indivíduos que já

Recebido em: 10/09/2019

Aprovado em: 12/02/2020

trabalham e também classes sociais menos favorecidas, todavia, esse processo de expansão se dá junto a instituições privadas de ensino, de forma que a necessidade de custeio do ensino superior por estes alunos gera estudantes-trabalhadores<sup>4,6</sup>.

Nessa perspectiva, a maior parte desses estudantes tem pelo menos um vínculo de trabalho. Outros fazem jornadas dobradas para tornar o custeio da graduação possível. Muitos trabalham em turnos noturnos, no intuito de melhoria salarial. E, ainda, além do vínculo de trabalho, deve-se apontar os afazeres domésticos, uma jornada a mais no dia a dia<sup>7</sup>.

São diversas as dificuldades de se trabalhar e estudar concomitantemente, como o estresse, a sonolência, o cansaço mental, a falta de tempo para relações familiares e falta de tempo para dedicação aos estudos, entre tantas outras dificuldades existentes<sup>3,8</sup>.

O questionamento quanto ao prejuízo no rendimento profissional e o desempenho nos estudos é presente. Contudo, há equívoco na generalização desta situação, pois é influenciada por fatores intrínsecos e extrínsecos ao estudante. Aos fatores extrínsecos destaca-se a descrição do ambiente de trabalho e do ambiente universitário, que assumem potencial facilitador ou dificultador a este momento<sup>9</sup>.

É preciso determinação para que o estudante não perca a motivação e o foco em alcançar a meta que é a conclusão do ensino superior e dos benefícios inerentes prometidos, com ressalva a qualificação profissional e a aquisição de novos conhecimentos, que conceberiam espaço no mercado de trabalho e melhoria da renda salarial<sup>9</sup>.

Nesta perspectiva, a seguinte pergunta de pesquisa foi suscitada: Quais são as motivações e as dificuldades de graduandos em Enfermagem na busca pela formação superior? Então, por objetivo, esse estudo buscou compreender as motivações e as dificuldades de graduandos em enfermagem na busca pela formação superior, e o processo de adaptação entre trabalho e estudo.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa, para compreender as motivações e dificuldades referidas por alunos do curso de graduação em Enfermagem, que necessitam exercer atividade remunerada para financiamento próprio dos estudos.

Foram convidados a participar deste estudo todos os estudantes universitários do curso de graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior de cidade no centro-oeste do estado de São Paulo. Optou-se por um modelo de amostragem não-probabilística por conveniência, de forma que a presença nos dias elegidos para a coleta dos dados, e o consentimento voluntário da população alvo em participar do estudo definiram a amostra final, que foi composta por 59 (48,0%) estudantes de graduação em Enfermagem.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro e outubro de 2018, por meio de questionário semiestruturado elaborado pelos autores, que versou a respeito de caracterização sociodemográfica, e questões norteadoras sobre a importância da conclusão do ensino superior, as motivações para esta decisão e as dificuldades de assumir posição de estudante-trabalhador.

Esses dados foram analisados utilizando o referencial metodológico de

Análise de Conteúdo, em acordo com os passos propostos por Bardin, trabalhando a fala, especificamente a prática da língua, procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais expressam, num momento determinado. É a busca de outras realidades por meio das mensagens<sup>10</sup>.

Todos os participantes deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando a participação e somente após responderam ao questionário respectivo a esta pesquisa, respeitando a legislação específica para pesquisas com seres humanos<sup>11</sup>.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA), sob CAAE 92564218.9.0000.8547 e parecer nº 2.895.995, de 14 de setembro de 2018.

## RESULTADOS

Este estudo obteve a participação voluntária de 59 (48,0%) estudantes universitários de graduação em Enfermagem, de 123 (100,0%) possíveis, dentre os quais, 34 (57,6%) afirmaram exercer atividade remunerada concomitante aos estudos. Informações sobre a caracterização sociodemográfica dos participantes estão descritas na Tabela 1.

**Tabela 1. Variáveis sociodemográficas dos participantes, estudantes-trabalhadores (n=59). Assis, SP, Brasil, 2019.**

VARIÁVEIS	n (%)
<b>SEXO</b>	
Feminino	54 (91,5)
Masculino	5 (8,5)
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	
Primeira idade (adolescência) – 17 a 20 anos	24 (40,7)
Segunda idade (idade adulta - fase jovem) – 21 a 30 anos	28 (47,5)
Segunda idade (idade adulta - meia idade) – 31 a 59 anos	7 (11,9)
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL</b>	
Heterossexual	56 (94,9)
Homossexual	2 (3,4)
Bissexual	1 (1,7)

**COR DE PELE**

Branca	46 (78,0)
Parda	11 (18,6)
Preta	1 (1,7)
Indígena	1 (1,7)

**ESTADO CIVIL**

Solteiro	47 (79,7)
Casado	9 (15,3)
Divorciado/Separado	2 (3,4)
União estável	1 (1,7)

**FILHOS**

Não	48 (81,4)
Sim	11 (18,6)

**RELIGIÃO**

Sim	55 (93,2)
Não	4 (6,8)

**EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA**

Sim	34 (57,6)
Não	25 (42,4)

Fonte: Os autores, 2019

Após análise temática, os dados obtidos foram agrupados em duas categorias com suas unidades temáticas.

1. A busca pelo ensino superior por trabalhadores.

1.1. Percepções sobre a importância da conclusão do ensino superior.

Na investigação sobre a percepção da importância da conclusão do ensino superior, todos os participantes não apresentaram dificuldades para se expressarem e colocarem seus interesses em comum, que se basearam no aprendizado e melhoria das condições de vida.

Algumas das respostas obtidas foram:

E12 "Aprendizado e diploma".

E34 "Melhor condição de vida e reconhecimento".

E38 "Realização pessoal".

1.2. As motivações de trabalhadores para cursar o ensino superior.

Na abordagem sobre as motivações que influenciam trabalhadores para a realização do ensino superior, a afinidade com a área da saúde, incentivo da família

e perspectiva de um futuro melhor foram as mais citadas.

E18 "Desejo de ser profissional da saúde".

E31 "Gostar da área".

E49 "Futuro melhor à família".

1.3. A manutenção da crença de um futuro melhor junto a conclusão do ensino superior.

Acreditar em um bom futuro tem motivado trabalhadores à busca da conclusão do ensino superior. A fé, a força de vontade, os pensamentos positivos e as relações familiares têm contribuído para a manutenção e busca da profissão.

E12 "O momento que vivo hoje, quem sou e quero ser".

E27 "Que vou conseguir um bom emprego".

E53 "As minhas referências familiares".

2. Adversidades vivenciadas por trabalhadores-estudantes no ensino superior.

2.1. Dificuldades vivenciadas na condição

de trabalhar e estudar concomitantemente.

Sobre as dificuldades enfrentadas por trabalhadores-estudantes, destaca-se o esgotamento físico, a falta de tempo para dedicar às atividades acadêmicas, a dificuldade no financiamento próprio aos estudos e a necessidade de morar longe da família. A seguir algumas falas dos entrevistados onde cada um se abre para abordar o assunto:

E1 "Morar sozinha, ficar longe da família".

E7 "Falta de tempo, cansaço".

E55 "Falta de remuneração".

2.2. As dificuldades da condição de trabalhar e estudar e as interferências no dia a dia

É real e de forma intensa a interferência nas atividades diárias em decorrência das dificuldades produzidas pela condição de trabalhar e estudar. Prejuízos físicos, psicológicos e financeiros são sentidos. Algumas falas descrevem as áreas de interferência no dia a dia, que compreendem a própria vida acadêmica, diminuição do rendimento profissional e conturbações nas relações familiares:

E20 "Profissional e estudo".

E33 "Sem reconhecimento familiar".

E34 "Em casa, aula. Falta de atenção".

Entretanto cinco participantes afirmaram não vivenciar interferência alguma na rotina diária em detrimento da condição de trabalhar e estudar:

E6, E27, E30, E59 "Não".

E38 "Não. Consigo conciliar cada coisa".

**DISCUSSÃO**

A escolha pela graduação, na condição de ser trabalhador, se fez presente em 34 (58%) dos universitários entrevistados.

O ingresso de indivíduos de classes sociais desfavorecidas no ensino superior, em universidades privadas, é expandido a partir da década de 1990, gerando complexas e profundas mudanças sociais com objetivo de satisfazer as exigências

de um mercado de trabalho capitalista, que exige esse comportamento de busca pela qualificação e maior escolaridade por parte da população<sup>12</sup>.

Dados do Censo da Educação Superior, divulgado pelo Ministério da Educação em 2016, apontam que o número de ingressantes no ensino superior cresceram cerca de 33% entre os anos de 2010 e 2015, chegando próximo aos 3 milhões de novas matrículas no ano de 2015<sup>13</sup>.

A observação temporal do quantitativo de ingressantes permite a afirmação de que existe aumento na busca pelo ensino superior no Brasil e que há supervalorização deste diploma, tornando, na visão dos trabalhadores, condição para o ingresso no mercado de trabalho.

Desta forma, a necessidade da realização do curso superior é justificada por um objetivo de crescimento pessoal, profissional e de conhecimentos, de forma que esses objetivos implicam na melhoria da condição financeira e realização profissional<sup>13,9</sup>.

A passagem pelo ensino superior e formação profissional são esperadas com expectativa por adolescentes e jovens, que as enxergam como oportunidade para ascensão social<sup>12,14</sup>.

Em relação a expectativa para o ingresso no ensino superior, os resultados obtidos neste estudo coadunam com a expectativa e necessidade de formação profissional e crença de melhorias futuras como consequência da conclusão, fato que os motivam a reunir esforços para aquisição do diploma.

Neste estudo, as motivações ainda englobam, além do desejo de formação profissional, a afinidade com a área da saúde e ascensão salarial. Fato semelhante a resultados obtidos em estudo realizado com alunos matriculados nos cursos de graduação em Saúde Coletiva implantados em universidades federais no ano de 2010, onde as motivações para ingresso compreenderam, entre outros: motivos profissionais (trabalhar na área, ampliar conhecimentos), motivos socioeconômicos (potencialidades do mercado de trabalho), e motivos pessoais (afinidade com

a área da saúde, realização pessoal)<sup>15</sup>.

Estudo realizado em 2010, com acadêmicos de Enfermagem que trabalhavam na função de técnico em Enfermagem, no Rio Grande do Sul, revelou que, nesta condição, as motivações que encorajam a realidade de trabalhar e estudar compreenderam motivos socioeconômicos e motivos profissionais. Em outras palavras, a decisão em estudar foi tomada pela crença na possibilidade de aumento da remuneração financeira e aquisição de conhecimentos. Ainda, na medida em que evoluem na construção do conhecimento, têm perspectivas de mudança do padrão financeiro, o que demonstra coragem e determinação na busca de seus objetivos, considerando-se que é árdua a batalha de estudar e trabalhar<sup>9</sup>.

Por outro lado, não é fácil conciliar uma vida acadêmica juntamente de trabalho, pois gera conflitos durante a conciliação, e acaba surtindo efeitos como cansaço, desmotivação e entre outros<sup>16</sup>.

É importante ressaltar que o ritmo de crescimento do ingresso no ensino superior é maior que o crescimento dos concluintes deste, sendo que para o período de 2010 a 2015, o crescimento dos ingressantes foi de 33%, enquanto que o de concluintes foi de 17%. Ainda, o ano de 2015 apresentou menor Taxa de Sucesso, que se refere ao percentual de estudantes que concluem o curso dentro do prazo regular, perfazendo 42% dos estudantes<sup>17</sup>.

Esse baixo índice de concluintes traduz em reais dificuldades relacionadas a esta fase, sendo que, essas dificuldades poderão ser aguçadas quando o estudante se encontra na condição de trabalhador, com necessidade de conciliação entre essas responsabilidades.

A conciliação das atividades de estudo e de trabalho assume característica de dificultador da conclusão do ensino superior, pois é uma das principais causas de desistência do ensino superior para os 49% de desistentes que ingressaram em 2010<sup>18-19</sup>.

Neste estudo, as dificuldades vivenciadas na condição de trabalhar e estudar concomitantemente abrangem o esgota-

mento físico, a falta de tempo para dedicar às atividades acadêmicas, a dificuldade no financiamento próprio aos estudos e a necessidade de morar longe da família.

O trabalhador estudante necessita regular seu dia em ordem cronológica de acordo com o tempo disponível para cada atividade que será realizada no decorrer do dia: jornada de trabalho que determina o horário de estudo, período de aula, descanso e sono, as condições e horários de alimentação, tempo gasto para locomoção moradia-trabalho e trabalho-universidade. Em universitários que necessitam trabalhar e estudar, a sonolência diurna e a fadiga são frequentes, consequência da falta de tempo para dormir e descansar. Manter a concentração no trabalho durante o dia e na aula a noite pode configurar-se em dificuldade e prejudicar o aprendizado. Perante a esses desafios durante a vida dupla, o graduando encontrará forças, ou não, para enfrentar essa situação<sup>3</sup>. Um risco para evasão escolar<sup>20</sup>.

Sobre o financiamento dos estudos, alguns graduandos buscam o financiamento estudantil, quando não se tem condição de financiar por si o próprio estudo, desta forma, "emprestam" o dinheiro para o pagamento das mensalidades, mas, no final, precisa devolvê-lo, conforme o tratado<sup>21</sup>.

Um tipo de financiamento estudantil mais conhecidos no Brasil é o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES). Segundo a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, o mesmo constitui fundo de natureza contábil que é destinado a concessão de financiamento a estudantes regularmente matriculados em cursos superiores não gratuitos. O financiamento estudantil é destinado primariamente a estudantes que não tem a condição de arcar com o custeio de sua formação, e o programa tem registrado participações crescentes das instituições de ensino superior e dos estudantes ao oferecer recursos suficientes para arcar com os custos de sua educação e assim concluir o seu curso<sup>22</sup>.

Na fase de ingressar na universidade

os estudantes se deparam com um novo ambiente, encontram necessidade de adaptação às novas exigências e obrigações escolares, responsabilidades sociais e ocupacionais que surgem nesse período de aprendizagem, a necessidade de melhor organização das tarefas diárias, ao convívio com outros colegas e aos desafios frequentes quanto as opções profissionais e pessoas. Alguns dos resultados obtidos sugerem que, com o passar do tempo os alunos desenvolvam estratégias de enfrentamento da situação acadêmica adaptando-se ao fato de morarem sozinhos, acostumando com a distância dos pais<sup>23-24</sup>.

Em outras palavras, falta de tempo, cansaço e estresse são as dificuldades mais presentes ao indivíduo na condição de estudante-traba-

lhador, que constantemente deve se reorganizar, adaptando atividades laborais e acadêmicas, afim de conciliar as atividades<sup>23,25</sup>.

### CONCLUSÕES

O mercado de trabalho tem exigido cada vez mais o preparo dos profissionais, exaltando a necessidade da realização do curso superior. O ingresso na universidade compreende uma fase nova, com tarefas evolutivas fundamentais, entre elas o comprometimento no mundo acadêmico. É preciso determinação para que o estudante não perca a motivação e o foco em alcançar as metas: ter uma boa renda salarial, adquirir novos conhecimentos, possuir qualificação e espaço

no mercado de trabalho.

Como limitações para este estudo, entende-se que os dados obtidos foram coletados em uma única instituição de ensino superior, o que pode traduzir em uma realidade local. Por conseguinte, existe a necessidade de ampliação do campo de pesquisa para generalização dos resultados encontrados para robustez da discussão da temática, que já se provou ser existente e influenciadora na vida de estudantes universitários trabalhadores. 🐦

### FINANCIAMENTO

Programa de Iniciação Científica, Fundação Educacional do Município de Assis (FEMA).

## Referências

1. Santos E, Gonçalves M, Ramos I, Castro L, Lomeo R. Inclusão no Ensino Superior: Percepções dos estudantes com Necessidades Educativas Especiais sobre o ingresso à universidade. *Revista Portuguesa de Educação*. 2015;28(2):251-70.
2. Salgado RDC, Siqueira SS, Salgado TC. Qualidade de vida do estudante trabalhador: uma amostra dos discentes de cursos superiores do Instituto Federal do Piauí - Campus Floriano. *Revista Somma*. 2016;2(2):35-46.
3. Maier SRO, Mattos M. O trabalhar e o estudar no contexto universitário: uma abordagem com trabalhadores-estudantes. *Saúde (Santa Maria)*. 2016;42(1):179-85.
4. Santos EO, Loiola E, Santos SO. Expansão do ensino superior privado na perspectiva de desenvolvimento regional no Brasil: a realidade do sul maranhense. *Cad. Pesq*. 2018;25(2):91-107.
5. Souza DCC, Vazquez DA. Expectativas de jovens do ensino médio público em relação ao estudo e ao trabalho. *Educ. Pesqui*. 2015;41(2):409-26.
6. Souza RM. Notas sobre trabalhadores que voltam a estudar em curso superior privado. *Revista Café com Sociologia*. 2017;6(2):7-19.
7. Lisboa MTL, Oliveira MM, Reis LD. O trabalho noturno e a prática de enfermagem: uma percepção dos estudantes de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):393-8.
8. Nunes RSR, Veloso TCMA. A permanência na educação superior: múltiplos olhares. *Educação e Fronteiras On-Line*. 2016;6(16):48-63.
9. Fontana RT, Brigo L. Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha. *Esc. Anna Nery*. 2011;16(1):128-33.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
12. Silva DA, Marcolan JF. Desemprego e sofrimento psíquico em enfermeiras. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):775-82.
13. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa [homepage na internet]. Microdados Censo da Educação Superior 2016 [acesso em 1 out 2018]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/guest/microdados>
14. Silva DA. A autoestima e o comportamento suicida em estudantes universitários: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;23:e422.
15. Castellanos MEP, Fagundes TLQ, Nunes TCM, Gil CRR, Pinto ICM, Belisário AS, Viana SV, Correa GT, Aguiar RAT. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(6):1657-66.
16. Moura IH, Nobre RS, Cortez RMA, Campelo V, Macêdo SF, Silva ARV. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016;37(2):e55291.
17. Lima FS, Zago N. Desafios conceituais e tendências da evasão no ensino superior: a realidade de uma universidade comunitária. *Rev. Inter. Educ. Sup*. 2018;4(2):366-86.
18. Pereira IC. os desafios e as perspectivas da permanência do estudante-trabalhador na universidade pública brasileira: reflexões a partir do caso da UFRGS. VIII Conferencia Latinoamericana sobre el ABandono de la Educación Superior; 2017 Nov 15-17; Córdoba, Argentina. Cidade do Panamá: Universidad Tecnológica de Panamá; 2017. 1-7.
19. Herrero V, Escanés G, Ayllón S. Importancia de la actividad laboral al momento de ingreso, en el abandono en distintas modalidades de cursado. VIII Conferencia Latinoamericana sobre el ABandono de la Educación Superior; 2017 Nov 15-17; Córdoba, Argentina. Cidade do Panamá: Universidad Tecnológica de Panamá; 2017. 1-8.
20. Pereira MS, Macuch RS, Bortolozzi F, Bertolini SMMG, Antunes MD. A relação entre as condições de trabalho e saúde dos estudantes trabalhadores. *Saúde e Pesquisa*. 2016;9(3):525-35.
21. Wilchen LI. Uma análise discursiva de peças publicitárias sobre o FIES [monografia]. Cerro Largo: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2016.
22. Brasil. Câmara dos Deputados. [homepage na internet]. Financiamento estudantil no ensino superior. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. [acesso em 1 out 2018]. Disponível em: [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011\\_2085\\_1.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema11/2011_2085_1.pdf)
23. Lima RL, Soares MEC, Prado SN, Albuquerque GSC. Estresse do Estudante de Medicina e Rendimento Acadêmico. *Rev. bras. educ. med*. 2016;40(4):678-84.
24. Silva DA, Pereira Junior RJ, Gomes CFM, Cardoso JV. Envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias por estudantes universitários. s substâncias por estudantes universitários. *Rev Cuid*. 2019;10(2):e641.
25. Cardoso JV, Gomes CFM, Pereira Junior RJ, Silva DA. Estresse em estudantes universitários: uma abordagem epidemiológica. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e241547.



# Saúde sexual e infecções sexualmente transmissíveis na adolescência: Uma revisão integrativa

**RESUMO** | Objetivo: avaliar o conhecimento e o comportamento sexual dos adolescentes acerca das infecções sexualmente transmissíveis. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados SCIELO, LILACS e BDNF por meio da estratégia PICO para definição da pergunta norteadora e do fluxograma PRISMA para seleção dos artigos. As buscas abrangeram o período de 2014 a 2019, sendo selecionados os artigos disponíveis em português, na íntegra e no formato original. Resultados: foram selecionados 10 artigos para a composição do estudo que demonstraram déficit no conhecimento dos adolescentes acerca das infecções sexualmente transmissíveis, bem como não utilização do preservativo de modo rotineiro devido acreditarem que este inibe o prazer sexual. Conclusão: necessita-se orientar os adolescentes acerca das circunstâncias que acarretam às infecções sexualmente transmissíveis e sobre o uso correto do preservativo por meio de intervenções e educação em saúde nas escolas e nos serviços de saúde.

**Palavras-chaves:** Adolescente; Doenças sexualmente transmissíveis; Sexualidade.

**ABSTRACT** | Objective: to evaluate the knowledge and sexual behavior of adolescents about sexually transmitted infections. Method: this is an integrative literature review performed in the databases SCIELO, LILACS and BDNF through the PICO strategy to define the guiding question and the PRISMA flowchart for article selection. The searches covered the period from 2014 to 2019, being selected the articles available in Portuguese, in full and in original format. Results: ten articles were selected for the composition of the study that showed a deficit in the adolescents' knowledge about sexually transmitted infections, as well as a non-use of condoms on a routine basis because they believe that it inhibits sexual pleasure. Conclusion: adolescents need to be advised of the circumstances that lead to sexually transmitted infections and the correct use of condoms through health interventions and education in schools and health services.

**Keywords:** Adolescent; Sexually transmitted diseases; Sexuality.

**RESUMEN** | Objetivo: evaluar el conocimiento y el comportamiento sexual de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual. Método: esta es una revisión integradora de la literatura realizada en las bases de datos SCIELO, LILACS y BDNF a través de la estrategia PICO para definir la pregunta guía y el diagrama de flujo PRISMA para la selección de artículos. Las búsquedas abarcaron el período de 2014 a 2019, seleccionándose los artículos disponibles en portugués, en su totalidad y en formato original. Resultados: se seleccionaron 10 artículos para la composición del estudio que mostraron un déficit en el conocimiento de los adolescentes sobre las infecciones de transmisión sexual, así como la falta de uso de condones de forma rutinaria porque creen que inhibe el placer sexual. Conclusión: los adolescentes deben ser informados de las circunstancias que conducen a infecciones de transmisión sexual y el uso correcto de condones a través de intervenciones de salud y educación en escuelas y servicios de salud.

**Descriptor:** Adolescente; Enfermedades de transmisión sexual; Sexualidad.

## Letícia de Sousa Alves

Enfermeira. Graduada pela Universidade Paulista (UNIP), Campus Brasília-DF, Brasil.

## Ricardo Saraiva Aguiar

Enfermeiro. Professor Assistente. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Paulista (UNIP), Campus Brasília-DF, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa da vida onde ocorre a transição entre a infância e a idade adulta, sendo caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento. Além disso, apresenta uma das maiores incidências de infecções sexualmente transmissíveis (IST)<sup>1</sup> devido, principalmente, aos comportamentos de risco<sup>2</sup>.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as IST estão entre as causas mais comuns de doenças no mundo e pode ser considerado um problema de saúde pública com várias consequências de natureza sanitária, social e econômi-

ca devido a dificuldade de diagnóstico e tratamento precoce das mesmas, tendo como prognósticos graves sequelas como infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica e morte prematura, bem como infecções em recém-nascidos e lactentes<sup>3</sup>.

Diante disso, os jovens necessitam de informações claras, apoio e compreensão acerca da temática. Nesse âmbito, a orientação sexual durante essa etapa de vida é imprescindível devido a necessidade de o adolescente adquirir a segurança necessária, perceber que sua vida sexual está se iniciando e que dispõe de amparo – seja da família, dos professores ou dos profissionais da saúde – para receberem informações corretas sobre o assunto<sup>4</sup>.

**Recebido em:** 02/01/2020

**Aprovado em:** 30/01/2020

Assim, as temáticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva devem ser abordadas de forma habitual por profissionais das áreas da saúde e educação junto aos adolescentes, por mais que o tema possa ser considerado cotidiano, o conhecimento de adolescentes acerca da temática ainda se apresenta como insuficiente<sup>5</sup>.

Portanto, o presente estudo tem o objetivo avaliar o conhecimento e o comportamento sexual dos adolescentes acerca das IST. Sob essa perspectiva, destaca-se a questão que norteou a presente proposta investigativa: qual a relação entre o conhecimento acerca das IST e o comportamento sexual dos adolescentes?

**MÉTODO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, uma vez que contribui no processamento sistemático e analítico dos resultados<sup>6</sup>.

Elaborou-se, na primeira fase, a pergunta norteadora de pesquisa utilizando a estratégia PICO<sup>7</sup>. Assim, considerou-se P: pacientes adolescentes; I: saúde sexual; C: qualquer comparação entre saúde sexual; O: infecções sexualmente transmissíveis. Mediante a estratégia construída, elaborou-se a pergunta de pesquisa: qual a relação entre o conhecimento acerca das IST e o comportamento sexual dos adolescentes?

Organizou-se para a segunda fase, uma estratégia de busca por dois revisores

independentes utilizando os descritores adolescente, doenças sexualmente transmissíveis e sexualidade nas bases de dados eletrônicas SCIELO, LILACS e BDENF.

Refinou-se, contemplando a terceira fase da pesquisa com a aplicação dos critérios de inclusão: artigos publicados de forma online no período de 2014 a 2019; disponíveis em língua portuguesa; na íntegra; e no formato original.

Na quarta fase foi lido criticamente os resumos dos estudos recuperados, excluindo os duplicados e aqueles cujo objetivo, resultados ou conclusão não mencionavam sobre a saúde sexual e o conhecimento dos adolescentes acerca das IST.

A extração dos dados foi conduzida por

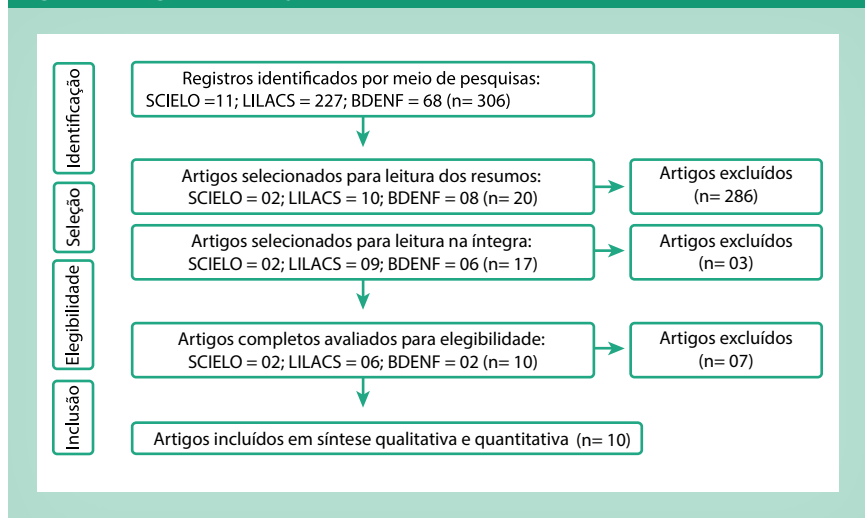
dois revisores independentes, sendo que os desacordos entre os revisores em relação aos dados extraídos foram discutidos, tendo como referência a publicação original.

**RESULTADOS**

Apresenta-se, na figura 1, o fluxograma descritor dos resultados obtidos a partir da estratégia de busca de acordo com o fluxograma PRISMA<sup>8</sup>.

Diante disso, no quadro 1 são apresentados os 10 artigos contidos nesta revisão integrativa, sendo interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

**Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2019.**



**Quadro 1. Distribuição dos artigos. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2019.**

	Periódico e ano de publicação	Autores	Título	Delineamento	Resultados	Nível de Evidência <sup>9</sup>
Artigo 1	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, 2018	Silva SPC, Guisande TCCA, Cardoso AM	Adolescentes em conflito com a lei e a vulnerabilidade para IST/HIV/AIDS: conhecimentos e vivências	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	Observou-se a vulnerabilidade como algo distante, embora tivessem noção de que adotavam comportamentos que os expunham ao risco de contrair as IST.	IV
Artigo 2	Cogitare Enfermagem, 2018	Ferreira EA, Alves VH, Pereira AV et al	Adolescentes no espaço escolar e o conhecimento a respeito da saúde sexual e reprodutiva	Estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa	Verificou-se que existe uma relação direta entre o ato sexual e o risco da gravidez indesejada E do contágio por IST.	IV

Artigo 3	Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 2017	Freire AKS, Melo MCP, Vieira MP et al	Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência: diálogos e aprendizagem na escola	Estudo qualitativo baseado na pesquisa-ação e na metodologia da problematização	Muitos adolescentes têm receio de conversar com a família sobre a sexualidade por acreditarem que serão repreendidos, bem como têm pouco conhecimento sobre IST e sobre direitos sexuais e reprodutivos.	IV
Artigo 4	Revista Enfermagem Uerj, 2017	Maciel KMN, Andrade MS, Cruz LZ et al	Caracterização do comportamento sexual entre adolescentes	Estudo quantitativo e descritivo	A maioria dos adolescentes já tiveram a primeira relação sexual e aproximadamente um terço não utilizou método contraceptivo.	IV
Artigo 5	Revista Brasileira de Enfermagem, 2017	Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP et al	Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez	Estudo qualitativo e descritivo	O conhecimento sobre a prevenção de IST e gravidez foi principalmente relacionado ao uso de preservativos, anticoncepcionais orais e adiamento do início da atividade sexual.	IV
Artigo 6	Texto & Contexto Enfermagem, 2017	Genz N, Meincke SMK, Carret MLV et al	Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes	Estudo descritivo, observacional de caráter quantitativo	A maior parte dos adolescentes souberam definir adequadamente o conceito de IST, sendo apontado o uso de preservativo como o método mais eficaz para prevenção dessas doenças.	IV
Artigo 7	Revista Mineira de Enfermagem, 2017	Souza V, Pimentta AM, Caetano LC et al	Conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual: um estudo com alunos do ensino médio com perfis socioeconômicos diferenciados	Estudo transversal, descritivo e analítico	Os alunos da escola privada tiveram maior domínio de conhecimento no campo sexual, reprodutivo e de prevenção das IST do que os da escola pública.	IV
Artigo 8	Revista Enfermagem Uerj, 2016	Silva IR, Silva TP, Lins SMSB et al	Ordens e desordens: complexidade do adolecer e saúde sexual: contribuição para enfermagem	Estudo de abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados	O enfermeiro deve desenvolver competências para intervir junto ao adolescente vítima de violência sexual, lidando com as especificidades contextuais e individuais.	IV
Artigo 9	Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 2015	Gondim PS, Souto FN, Moreira CB et al	Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva	Estudo quantitativo de caráter descritivo	Os adolescentes têm uma acessibilidade relativamente elevada a atividades educativas na área de saúde sexual e reprodutiva, sendo a escola o principal espaço.	IV
Artigo 10	Revista Enfermagem Uerj, 2015	Penna LHG, Rodrigues RF, Ribeiro LV et al	Sexualidade dos adolescentes em situação de acolhimento: contexto de vulnerabilidade para DST	Estudo qualitativo de caráter descritivo-exploratório	Os cuidados de prevenção e promoção da saúde sexual tornam-se escassos e o diálogo e a negociação pelo uso do preservativo estão ausentes.	IV

Elaboração: ALVES; AGUIAR (2019).

Referente ao ano de publicação, foi constatado que a maior quantidade de artigos publicados foi em 2017 com cinco (50%), seguido de 2018 com dois (20%), 2015 com dois (20%) e 2016 com um artigo (10%). O periódico de maior publi-

cação foi a Revista de Enfermagem Uerj com três artigos (30%). Quanto à profissão do primeiro autor, em nove (90%) a primeira autoria era de enfermeiro e em um (10%) não foi encontrado informações específicas relacionadas à sua formação, pois se apresentava somente a vinculação acadêmica.

Quanto à região do país em que as pesquisas foram realizadas, cinco (50%) foram desenvolvidas na região Nordeste, três (30%) na região Sudeste, uma (10%) na região Norte e uma (10%) na região Sul.

Sobre o local de realização do estudo, foi identificado que em um foi realizado no âmbito da atenção terciária à saúde (10%) e em nove fora dos níveis de atenção, sendo sete (70%) em escolas, um (10%) em Centro de Atendimento Socioeducativo e um (10%) em Unidade de Acolhimento aos Adolescentes em Conflito com a Lei.

#### DISCUSSÃO

A sexualidade, especialmente na adolescência, é um componente intrínseco e fundamental na saúde dos jovens porque transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, sendo influenciados por crenças e valores pessoais, familiares e normas morais<sup>10</sup>.

É nesta fase que a sexualidade assume papel de importância na identidade dos adolescentes através da manifestação dos desejos e da atração sexual.<sup>11</sup> Assim, a preocupação com a saúde sexual e reprodutiva desse público é devido a precocidade do início da atividade sexual, a qual coopera para expô-los aos riscos de gravidez não planejada e IST<sup>12-14</sup>.

Nesse contexto, a escola é um local estratégico de cuidado aos adolescentes, os quais devem ser estimulados a participarem de projetos que informem a respeito da saúde sexual e reprodutiva. A escola é um local privilegiado para socializar, além de ser um espaço em que muitos adolescentes desejam que aconteça a educação em saúde a respeito das

IST e da gravidez. Dessa forma, observa-se, atualmente, que programas e projetos sexuais são fundamentais para atender o adolescente quanto a sua sexualidade<sup>12</sup>.



Nesse contexto,  
a escola é um  
local estratégico  
de cuidado aos  
adolescentes,  
os quais devem  
ser estimulados  
a participarem  
de projetos que  
informem a respeito  
da saúde sexual e  
reprodutiva.



Contudo, a família é a uma das principais reguladoras da sexualidade e das informações, pois geralmente se limitam a ditar regras de comportamento que estão relacionadas a valores para manutenção do sistema familiar. Assim, identifica-se que existe a necessidade da formação de uma rede social de apoio aos adolescentes, às famílias e à escola a fim de que eles recebam informações corretas<sup>12</sup>.

Diante disso, um dos assuntos mais explorados durante uma dinâmica com adolescentes foi à virgindade, considerada um tema de difícil abordagem e que requer confiança para ser compartilhado, principalmente entre amigos. Ademais, foi identificado déficit no conhecimento a respeito do uso do preservativo feminino e maior conhecimento sobre o masculino, porém foi notável o despreparo entre ambos os sexos no momento de colocar os preservativos em próteses evidenciando a necessidade de mais orientações de caráter preventivo e educacional, principalmente no âmbito das escolas<sup>15</sup>.

No que se refere à frequência atual do uso de métodos para evitar a gravidez, pouco mais da metade dos jovens referiram sempre utilizar método contraceptivo. Entre os que faziam uso da contracepção, 46% usavam apenas preservativo e 29% usavam-no associado a outro método (dupla proteção)<sup>16</sup>.

Sobre as IST, identificou-se que os adolescentes citaram mais o HIV (>90%), herpes genital (>60%), sífilis (>60%) e a gonorreia (>55%) como as mais comuns de transmissão via sexual. Entretanto, chamou atenção o desconhecimento de outras IST prevalentes, como a tricomoníase, hepatite B, candidíase e HPV<sup>17</sup>.

Quanto a responsabilidade pela prevenção das IST, verificou-se que 96,6% dos adolescentes achavam que competia tanto ao homem quanto à mulher; 2% referiram ser responsabilidade do homem; 0,8% achavam que a responsabilidade era da mulher; e 0,6% não soube informar<sup>18</sup>.

Na perspectiva da educação em saúde, sentir-se à vontade para conversar sobre a vida sexual com a mãe apresenta associação positiva com o uso consistente de contraceptivos, mas o professor constitui a primeira opção entre os adolescentes sobre as fontes de informação acerca das IST. Nesse contexto, evidencia-se a importância por parte do Estado e da comunidade escolar na busca de uma educação que contemple essa temática na sua transversalidade, sendo importante que os pais não deleguem a outros a

tarifa de falar com os filhos sobre sexo<sup>13</sup>.

Contudo, os serviços de saúde também devem garantir acesso à informação e educação em saúde sexual e reprodutiva por meio de métodos que auxiliem os adolescentes a evitarem gravidez não planejada e a prevenirem-se contra IST. Assim, é imprescindível as orientações antes mesmo do início das práticas sexuais para ajudá-los a lidarem com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando comportamentos de prevenção e de autocuidado.<sup>16</sup> Desse modo, a enfermagem no papel de educador é de fundamental importância para a promoção da saúde sexual e reprodutiva de modo saudável<sup>13</sup>.

Portanto, trabalhar a educação sexual e reprodutiva com adolescentes significa ampliar e aprofundar a visão sobre a sexualidade, ressaltando os diferentes pontos de vista existentes na sociedade, incluindo as práticas sexuais ligadas ao afeto, prazer, ao respeito e à própria sexualidade. Por conseguinte, a orientação sexual deve compreender o desenvolvimento sexual como saúde reprodutiva, relações de gênero, relações interpessoais, afetivas, imagem corporal e autoestima<sup>10</sup>.

#### CONCLUSÃO

Observa-se que há um déficit no conhecimento dos adolescentes sobre IST e

gravidez precoce, necessitando de intervenções que proporcionem a prevenção das IST e da gravidez não planejada. Os adolescentes têm conhecimento que o preservativo é o método principal para evitar a disseminação das IST, porém não utilizam por acreditarem que inibe o prazer sexual. Além disso, identificou-se que há o reconhecimento de algumas IST por parte dos adolescentes, como o HIV, herpes, sífilis e gonorréia.

Nessa perspectiva, a educação em saúde é primordial, começando pela família e, principalmente, no âmbito escolar e nos serviços de saúde para a garantia de autonomia e consequentemente uma maior prática de autocuidado aos adolescentes. 🐦

## Referências

- Costa ID, Nunes NNS. Compreensão dos adolescentes sobre a prevenção e transmissão das infecções sexualmente transmissíveis em escolas do município de presidente Médici. *Acta Biomed Bras*. 2017;8(1):12-23. Disponível em: <https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/161>
- Oliveira FA, Queiroz AM, Chaves MAS, Branco MFCC, Mendes IC. Atividades lúdicas desenvolvidas com adolescentes escolares sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. *Rev Interd*. 2017;1(3):53-63. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1124>
- Cortez EA, Silva LM. Pesquisa-ação: promovendo educação em saúde com adolescentes sobre infecção sexualmente transmissível. *Rev enferm UFPE online*. 2017;11(9):3642-9. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=33164&indexSearch=ID>
- Queiroz VR, Almeida JM. Sexualidade na adolescência: potencialidades e dificuldades dos professores de ensino médio de uma escola estadual de Sorocaba. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba*. 2017;19(4):209-14. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/RFCMS/article/view/31788/pdf>
- Oliveira PC, Pires LM, Junqueira ALN, Vieira MAS, Matos MA, Caetano KAA et al. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. *Rev eletrônica enferm*. 2017;19:a17. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39926>
- Aguiar RS, Santana DC, Santana PC. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. *Rev enferm Cent-Oeste Min*. 2015;5(3):1844-54. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/872>
- Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Med Port*. 2019;32(3):227-235. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923/5635>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. Disponível em: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; 2011. Disponível em: <https://www.cebm.net/2016/05/ocbm-levels-of-evidence/>
- Ferreira EA, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, Paiva ED, Santos IMM. Adolescentes no espaço escolar e o conhecimento a respeito da saúde sexual e reprodutiva. *Cogitare enferm*. 2018;23(2):e55851. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/55851>
- Penna LHG, Rodrigues RF, Ribeiro LV, Paes MV, Guedes CR. Sexualidade dos adolescentes em situação de acolhimento: contexto de vulnerabilidade para DST. *Rev enferm UERJ*. 2015;23(4):507-12. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18402>
- Gondim PS, Souto FN, Moreira CB, Cruz MEC, Caetano FHP, Montesuma FG. Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2015;25(1):50-53. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822015000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822015000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS et al. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez. *Rev bras enferm*. 2017;70(5):1087-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501033&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501033&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Silva SPC, Guisande TCCA, Cardoso AM. Adolescentes em conflito com a lei e a vulnerabilidade para IST/HIV/AIDS: conhecimentos e vivências. *Rev enferm atenção saúde*. 2018;7(2):95-108. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2384>
- Freire AKS, Melo MCP, Vieira MP, Gomes IM, Gomes JL, Ribamar DS et al. Aspectos psicossociais da sexualidade na adolescência: diálogos e aprendizagem na escola. *Semina cienc biol saude*. 2017;38(1):3-14. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/26736/22629>
- Maciel KMN, Andrade MS, Cruz LZ, Fraga CDS, Paixão GPN, Souza RS. Caracterização do comportamento sexual entre adolescentes. *Rev enferm UERJ*. 2017;25:e23496. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23496>
- Souza V, Pimenta AM, Caetano LC, Cardoso JSR, Beinner MA, Villela LCM. Conhecimentos, vivências e crenças no campo sexual: um estudo com alunos do ensino médio com perfis socioeconômicos diferenciados. *REME rev min enferm*. 2017;21:e991. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1127>
- Genz N, Meincke SMK, Carret MLV, Corrêa ACL, Alves CN. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. *Texto & contexto enferm*. 2017;26(2):e5100015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200311&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200311&script=sci_abstract&tlng=pt)

# Compreensão e entendimento de saúde vivenciado por pessoas em situação de rua

**RESUMO** | Objetivo: analisar o conhecimento sobre o direito à saúde de pessoas em situação de rua. Método: estudo de natureza descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido com 17 pessoas em situação de rua em um centro de referência especializado do Distrito Federal, Brasil. Os dados foram coletados a partir de entrevistas gravadas, transcritas e analisadas mediante a análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 3.604.566. Resultados: o conhecimento acerca dos direitos à saúde mostra-se insuficiente; o acesso aos serviços de saúde foi dificultado pela exigência de endereço fixo; e o preconceito pela condição de morador de rua e/ou pela orientação sexual esteve presente. Conclusão: evidencia-se a necessidade de educação em saúde e a reformulação das práticas dos profissionais de saúde para a garantia do acesso aos serviços de saúde para a população em situação de rua.

**Palavras-chaves:** Pessoas em Situação de Rua; Política Pública; Vulnerabilidade em Saúde; Enfermagem.

**ABSTRACT** | Objective: to analyze the knowledge about the right to health of people living on the streets. Method: a descriptive-exploratory study with a qualitative approach, developed with 17 homeless people in a specialized reference center in the Federal District, Brazil. Data were collected from recorded interviews, transcribed and analyzed through content analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee under opinion nº 3.604.566. Results: knowledge about health rights is insufficient; access to health services was hampered by the requirement for a fixed address; and prejudice due to the condition of homelessness and / or sexual orientation was present. Conclusion: the need for health education and the reformulation of health professionals' practices is evident in order to guarantee access to health services for the homeless population.

**Keywords:** Homeless Persons; Public Policy; Health Vulnerability; Nursing.

**RESUMEN** | Objetivo: analizar el conocimiento sobre el derecho a la salud de las personas que viven en la calle. Método: estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo, desarrollado con 17 personas sin hogar en un centro de referencia especializado en el Distrito Federal, Brasil. Los datos fueron recolectados de entrevistas grabadas, transcritas y analizadas mediante análisis de contenido. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación bajo la opinión nº 3.604.566. Resultados: el conocimiento sobre los derechos de salud es insuficiente; el acceso a los servicios de salud se vio obstaculizado por el requisito de una dirección fija; y el prejuicio debido a la condición de personas sin hogar y / u orientación sexual estuvo presente. Conclusión: es evidente la necesidad de educación sanitaria y la reformulación de las prácticas de los profesionales de la salud para garantizar el acceso a los servicios de salud para la población sin hogar.

**Descriptores:** Personas sin Hogar; Política Pública; Vulnerabilidad en Salud; Enfermería.

## Paulo Roberto Chaves Júnior

Enfermeiro. Universidade Paulista (UNIP), Campus Brasília, Distrito Federal, Brasil.

## Ricardo Saraiva Aguiar

Professor Assistente. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Paulista (UNIP), Campus Brasília, Distrito Federal, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A população em situação de rua constitui um público crescente nas cidades e acaba refletindo processos sociais desiguais e excludentes dos direitos básicos como saúde, trabalho, educação, moradia, entretenimento e segurança.<sup>1,2</sup>

Sua existência é um fenômeno social que vem assumindo novas expressões nas sociedades contemporâneas, particularmente nos centros urbanos. Esse grupo marginalizado pela sociedade tem como habitação os logradouros ou albergues públicos ou filantrópicos e, ainda, vivencia situações de trabalho, condições de vida e inserções sociais precárias.<sup>3</sup>

Diante disso, o setor saúde acaba sendo um componente importante, particularmente, relacionado ao acesso dessa população aos serviços. Dessa forma, em 2009 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacio-

nal para a População em Situação de Rua (PNPSR) com a finalidade de garantir a igualdade e equidade; o respeito e dignidade ao ser humano; o direito a vivência comunitária e familiar; o reconhecimento e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; o respeito às diferenças sociais e de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial à portadores de deficiência.<sup>3</sup>

Ademais, em 2013 foi publicada a Política Nacional de Saúde LGBT com objetivo de garantir uma promoção integral a saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais com a premissa de eliminar preconceitos e discriminação institucional, contribuindo para a diminuição da desigualdade e reafirmando o SUS como um sistema universal, integral e equitativo. Destaca-se ainda a publicação do Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que reconhece o nome social e a iden-

Recebido em: 29/01/2020

Aprovado em: 01/03/2020

tidade de gênero de transexuais e travestis.<sup>4</sup>

Com a declaração de Alma Ata em 1978, a atenção primária à saúde (APS) ganhou impulso e tornou-se porta de entrada dos sistemas de saúde, reforçando esse nível de atenção como uma ferramenta importante para a garantia do acesso.<sup>5</sup> Mas, apesar do movimento progressivo de acesso à saúde da população em situação de rua, ainda são encontradas diversas barreiras que impedem ou retardam a busca pelo atendimento de saúde devido ao preconceito, inabilidade e/ou desrespeito demonstrado pelo profissional ao se deparar com um paciente que pode não estar em um bom estado de higiene e/ou sob efeito de alguma substância.<sup>6-7</sup>

Dessa forma, o cuidado destinado a essa população ainda é desproporcional a sua necessidade, não apenas pela sua política ainda recente, mas também pela carência de literatura científica, deixando uma lacuna no conhecimento acerca da temática.<sup>8</sup> Sob essa perspectiva, destaca-se a questão que norteou a presente proposta investigativa: qual o conhecimento sobre o direito à saúde e como é o acesso aos serviços de saúde das pessoas em situação de rua?

Portanto, este estudo tem o objetivo de analisar o conhecimento sobre o direito à saúde de pessoas em situação de rua.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em um centro de referência especializado para população em situação de rua do Distrito Federal, Brasil.

Participaram deste estudo pessoas em situação de rua que atenderam os seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres acima de 18 anos de idade em situação de rua; que são atendidos pelo centro de referência especializado para população em situação de rua do Distrito Federal, Brasil; e que não estejam sob efeito de substâncias lícitas ou ilícitas. Foram excluídos crianças e adolescentes em situação de rua; pessoas que estavam sob efeito de substâncias lícitas ou ilícitas; e pessoas em situação de rua que não eram atendidas pelo centro de re-

ferência especializado para população em situação de rua do Distrito Federal, Brasil.

A determinação do número de participantes obedeceu ao critério de saturação das informações e ao final da coleta de dados contou-se com a participação de dezessete pessoas em situação de rua.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2019, em dois momentos. No primeiro, foi observado a movimentação de fluxo e a relação interpessoal de usuários e funcionários do centro de referência especializado para população em situação de rua do Distrito Federal, Brasil. No segundo momento, aplicou-se um roteiro de entrevista semiestruturado a cada participante, dividido em duas partes: a primeira, com os dados de identificação dos entrevistados (sexo biológico, gênero, idade, estado civil, filhos, grau de instrução e tempo em situação de rua) e a segunda, com as perguntas norteadoras baseadas no objetivo da pesquisa.

O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos, sendo realizadas principalmente no período da manhã devido ao maior fluxo de pessoas. As perguntas norteadoras foram: 1) Você sabe quais são os seus direitos em relação à saúde? Pode nos falar mais sobre eles. 2) Já foi negado a você algum tipo de atendimento em uma unidade de saúde por sua condição de rua? Caso sim, como foi? 3) Você já vivenciou algum preconceito em uma unidade de saúde por ser morador de rua? Caso sim, como foi esse(s) episódio(s)?

Objetivando a privacidade, as entrevistas ocorreram de forma individual e foram realizadas em espaço privativo da instituição. Os discursos foram obtidos por um gravador de áudio e com a concessão das pessoas em situação de rua por meio da assinatura e/ou colocação da impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As falas foram transcritas e analisadas por meio da proposta de análise de conteúdo, a qual se organiza nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.<sup>9</sup>

Na pré-análise, houve a leitura flutuante, seguida da constituição do corpus de acordo com o objetivo proposto. Para a exploração do material, realizou-se a co-

dificação por meio das palavras ou frases semelhantes nos discursos. Na fase de tratamento dos resultados e da interpretação, foi possível agrupar os fragmentos das narrativas com o intuito de visualizar as informações obtidas com plenitude, bem como abranger as inferências previstas.

Atendendo a garantia do sigilo das identidades dos participantes para a apresentação dos relatos foi utilizado a codificação alfanumérica (ex: PSR1, PSR2, PSR3), onde PSR corresponde à pessoa em situação de rua e os numerais à ordem de sua entrevista.

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme exigência da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa em seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Paulista (UNIP) sob o parecer nº 3.604.566 (CAAE 19702619.2.0000.5512), de 27 de setembro de 2019.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 17 pessoas em situação de rua, sendo 41,2% do sexo biológico feminino e 58,8% do sexo biológico masculino. Ressalta-se que 3 entrevistados (17,6%) do sexo biológico masculino se identificaram como transgênero. A média de idade variou de 19 a 52 anos. Em relação ao grau de instrução, 5,9% são analfabetos; 41,2% tinham o ensino fundamental incompleto; 11,8% o ensino fundamental completo; 29,3% tinham o ensino médio incompleto; e 11,8% o ensino médio completo. A média de tempo de vivência na rua, variou de 2 meses a 7 anos.

Diante disso, foi identificado que a população em situação de rua tinha pouca compreensão acerca de seus direitos relacionados à saúde, como percebe-se a partir dos depoimentos:

Eu também nunca fui atrás, mas agora estou precisando de algumas consultas. Eu sei que tenho direito como qualquer pessoa, mas não sei quais [risos]. Acho que falta a informação né. (PSR2)

Não sei e acho que é por falta de informação. Aqui tem mais

informações sobre o uso de substâncias. (PSR7)

Tá faltando muita informação. Já vi muitas pessoas em situação de rua não buscando atendimento por não saber aonde ir. (PSR9)

Nunca tive informação quanto a isso. Eu estou buscando agora principalmente na área de psicologia porque eu percebo que tenho alguns transtornos e preciso acompanhar. Fui ao CAPS, mas achei muito estranho e não me senti muito bem. No lugar tinha muita gente alterada. (PSR14)

Sim, todos os direitos. Só não sei quais são eles. Acho que isso é por falta de informação. (PSR15)

Normalmente, o processo saúde-doença dessa população não está ligada somente a doenças suscetíveis a eles, mas também a agravos que se manifestam através da violência, de atropelamentos, da dependência química, entre outros.<sup>4</sup> Contudo, foi identificado algumas indagações relacionadas a busca pelo atendimento e apropriação de seus direitos, conforme percebe-se pelos depoimentos:

Nem sempre somos atendidos, então nem sempre temos direito. Mas, eu me cuido e tomo meus remédios. (PSR1)

Eu tenho direito ao pré-natal, medicamento, atendimento [...], mas é muito difícil ser atendido. Tenho algumas informações agora que estou grávida. Eles falam que o uso de drogas pode deixar meu bebê mal. (PSR11)

Tenho direito de atendimento em qualquer local da rede pública. Se o hospital público não tiver o atendimento adequado para mim eles podem me mandar para o hospital particular que o Estado paga e o Estado não pode me privar do atendimento. (PSR12)

Mais ou menos. Eu estou fazendo um curso de redução de danos e lá fala isso também - sobre

ossos direitos a saúde. Acho que só não sabe dos seus direitos quem não corre atrás deles. (PSR13)

Quando questionado se já foi negado o atendimento em uma unidade de saúde devido a condição de rua, boa parte dos entrevistados revelaram dificuldades de acesso, conforme identifica-se nos depoimentos a seguir:

Já sim. Eles não quiseram me atender. Falaram que eu estava na rua e não tinha um endereço fixo e que sem ele não seria atendida. Eu realmente estava precisando do atendimento. (PSR1)

Uma vez busquei atendimento no hospital [...] e ao chegar lá o moço do balcão pediu o endereço e eu falei que morava na rua e não tinha endereço. Então ele falou: aí fica difícil! Você vai sentar aí e aguardar atendimento. (PSR5)

Tem quatro meses que estou com um machucado no pé e fui na [...] tentar ser atendida e aí mostrei tudo isso e a mulher falou que sem endereço não teria atendimento. Depois fui em um posto de saúde no Gama e lá a doutora me tratou "super" bem e me passou exames e medicamento. (PSR8)

Eu estou grávida e na Bahia uma funcionária falou que nós não seríamos atendidos por não termos moradia e nem endereço. Acho que porque no dia eu e meu esposo estávamos sujos. (PSR11)

Contudo, os entrevistados que afirmaram nunca terem sido negado algum atendimento em uma unidade de saúde trouxeram questões importantes para um debate, conforme percebe-se:

A gente sente que tem uma diferença no atendimento, mas nunca me negaram das vezes que eu precisei. Também não vou muito a hospitais e "postinhos". Tenho a saúde boa. (PSR2)

Não, mas quase não preciso. Eu sempre me consultei aqui no

Consultório na Rua e nunca precisei ir a outro lugar. (PSR6)

Não porque eu sempre vou direto ao Consultório na Rua e lá eles atendem a gente muito bem. (PSR13)

Não, eu sempre fui atendida aqui no centro [...] e não sou muito de ir em hospital. (PSR16)

Algo válido a ser compreendido é a não adesão ao tratamento e/ou a não procura pelo serviço devido à experiência negativa vivenciada por esses indivíduos em uma unidade de saúde. Quando indagado sobre o preconceito vivido em uma unidade de saúde, muitos dos entrevistados relataram já terem vivenciado um ou mais episódios de preconceito:

No [...] fui falar com uma moça que eu estou meio desequilibrado e não estou conseguindo dormir direito e ela falou que eu estava querendo era abrigo e não tratamento. (PSR3)

Eles falam: Ah, isso é morador de rua, é andarilho e por isso está assim. Quando falamos que estamos em situação de rua eles demoram no atendimento para ver se nós desistimos do atendimento. (PSR7)

Quando falei que morava na rua a mulher levou um susto e falou que sem endereço não teria atendimento. (PSR8)

Eles ficam julgando a gente por estar na rua. Eles ficam fazendo piadinha entre eles na nossa frente. (PSR10)

Aqui em Brasília uma doutora no hospital de [...] me furou cinco vezes para procurar a veia e eu falei que estava doendo e ela falou: você não sente a dor da rua e a dor da droga, vai sentir dor de uma agulhinha? Eu mandei ela ir para o [palavrão] e enfiar a agulhinha [palavrão]. (PSR11)

Na clínica da família. Eu tinha bebido um pouco e a enfermeira ficou falando: nossa que cheiro de cachaça, nossa 'tá' fedendo. (PSR17)

Ainda sobre o preconceito, foi identificado na fala de duas mulheres transgêne-



ros o preconceito não só pela situação de rua, mas também pela orientação sexual ficando visível na fala a desmotivação pela procura ao serviço de saúde:

Muito preconceito. Eu tenho várias situações, mas prefiro não comentar. Não é só por ser moradora de rua, mas por ser transgênero também. Fazem comentários, ficam cochichando e acaba que não dá nem vontade de voltar lá. Eles também chamam pelo nome da certidão mesmo sabendo meu nome social só para provocar. (PSR15)

Já fui chamada de “viadinho” pelo segurança e alguns funcionários que ficavam rindo, mas eu não ligo para isso. (PSR 16)

## DISCUSSÃO

A população em situação de rua encontra, por diversas vezes, o esquecimento das estruturas convencionais da atual sociedade, deixando de usufruir da convivência familiar, social e por muitas vezes da cidadania da vida humana. Contudo, a Constituição Federal deixa claro que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, validando assim a universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>3</sup>

A partir da falta de conhecimento identificada no estudo, acrescenta-se que não adianta ter somente o direito nas políticas de saúde, mas sim o entendimento do que ele proporciona com o intuito de abarcar a participação de todos no processo saúde-doença-cuidado, pois a deficiência no conhecimento e a ausência de suporte adequado juntamente com o preconceito sofrido faz com que esses indivíduos abandonem o tratamento e deixem de procurar os serviços de saúde de modo rotineiro.<sup>10</sup>

Diante disso, a percepção do processo saúde-doença-cuidado torna-se um dispositivo extremamente necessário para avaliação e planejamento com a finalidade de deliberar ações com caráter de prevenção e recuperação da saúde da população em situação de rua. Assim, a educação em saúde se faz necessária para o empoderamento e para a

apropriação dos direitos de cada indivíduo.<sup>11</sup>

Nesse contexto, o processo de redução de danos vem ajudando a ampliar o conhecimento e tornando o sujeito um ator ativo em seu tratamento e estado de saúde. O processo inclui a distribuição de insumos, o contato com o indivíduo no local onde vive, ações de educação e prevenção em saúde e o contato com todos os envolvidos no território. O trabalhador é levado a olhar o usuário como um todo e com todas as suas individualidades, visando o melhor a ser feito sem definir metas. A redução de danos como diretriz assistencial e metodologia ajuda o profissional a traçar estratégias por meio de diversas direções, tendo como objetivo a participação integral do indivíduo, possibilitando a construção de um processo onde o usuário se torna responsável pelas decisões tomadas em seu tratamento.<sup>12</sup>

Observou-se ainda que a exigência de endereço fixo para a garantia do atendimento foi uma das principais barreiras encontradas a partir dos depoimentos. Tal solicitação justifica-se muitas vezes devido ao entendimento de que a APS se organiza de modo a definir seu território adscrito pelo domicílio fixo, mas esta situação expõe a população em situação de rua a falta de acesso aos serviços de saúde devido a inflexibilidade nessa questão.<sup>13</sup>

A necessidade de endereço fixo acaba dificultando ainda mais o acesso à saúde dessa população, mas por outro lado essa forma de organização é responsável pela logística dos serviços de saúde, bem como o apoio a referência e contra referência nos níveis de saúde, porém tal ferramenta necessita de adaptações a fim de ser equânime devido a complexidade desta população específica.<sup>14</sup>

Vale ressaltar que nenhuma pessoa, independente de raça, cor, etnia, gênero ou classe pode deixar de ser atendida pelo SUS por falta de residência, documento e/ou cartão nacional de saúde (CNS) conforme descrito na Portaria GM/MS nº 940, de 28 de abril de 2011, que diz não ser necessário a comprovação de endereço de pessoas em situação de rua para a realização de atendimentos de saúde.<sup>15</sup>

Outra situação relacionada a dificuldade de acesso aos serviços de saúde por esta população está associada ao despreparo e/ou

preconceito no atendimento realizado por profissionais que compõem a rede de atenção à saúde. Atitude que acaba causando o afastamento do usuário e o rompimento de vínculo estabelecido anteriormente.<sup>16</sup> Normalmente, o preconceito está relacionado a falta de higiene ou devido ao consumo/abuso de substâncias lícitas ou ilícitas.<sup>13</sup>

Ademais, os trechos mostram a realidade de muitos que entendem a necessidade de procura dos serviços de saúde somente quando há a presença de alguma enfermidade, desconhecendo assim ações de promoção da saúde. Nota-se nas falas a importância da equipe de Consultório na Rua para essa população, tendo ele como um serviço especializado e referenciado a eles.<sup>5</sup>

Assim, o Consultório na Rua é visto como a principal porta de entrada da população em situação de rua ao serviço de saúde com a oferta de atenção que visa o cuidado integrado, tomando-se fundamental para o processo de saúde-doença-cuidado, buscando e incentivando a participação ativa do usuário, promovendo maior abrangência da atenção e visando compreender a pluralidade de cada indivíduo; tal prática incentiva a promoção da saúde de modo dinâmico, objetivando a resolução das demandas.<sup>12</sup>

Dessa forma, o Consultório na Rua torna-se uma estratégia desafiadora no trabalho em saúde, cabendo também aos profissionais atuantes na equipe a importante função de exercer todas as diretrizes e ações da PNPSR dedicada a fim de tornar o serviço de saúde equânime para as pessoas em situação de rua.<sup>15</sup>

Constatou-se ainda através das falas a falta de preparo, inabilidade e o preconceito demonstrado pela atitude de alguns profissionais, deixando de lado a realização de uma escuta qualificada e de um acolhimento adequado. Deste modo, confirma-se o comprometimento nos princípios da universalidade ao acesso, da equidade em ações e serviços e da integralidade da assistência.<sup>3</sup>

Ainda há muita inadequação organizacional no que se refere ao tratamento por parte do profissional na rede de atenção à saúde, encontrando preconceitos e estigmas relacionados a esses indivíduos. Desta forma,

faz-se necessário o engajamento dos gestores a fim de consagrar a política de cuidado que compreenda essa população como pessoas de direitos.<sup>10</sup> Ademais, existe a necessidade de capacitação dos profissionais a fim de viabilizar uma melhora no trabalho com intuito de reforçar a rede de comunicação Intersetorial, estabelecendo parcerias, discutindo casos, realizando atendimento compartilhado de modo a propiciar um trabalho em equipe de modo transversal.<sup>12</sup>

A fim de evitar preconceitos relacionados à população LGBTQI+, em 2013 foi publicada a Política Nacional de Saúde LGBT com objetivo de garantir uma promoção integral a saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais com a premissa de eliminar preconceitos e discriminação institucional, contribuindo para a diminuição da desigualdade e reafirmando o SUS como um sistema universal, integral e equitativo. Destaca-se ainda a publicação do Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que reconhece o nome social e a identidade de gênero de transexuais e travestis.<sup>4</sup>

Desse modo, são ações necessárias para o enfrentamento de discriminações relacionadas a orientação sexual, raça, cor e gênero a realização de seminários; preparação de profissionais para atender pessoas LGBTQI+; educação populacional e educação permanente, objetivado o respeito e o reconhecimento de pessoas transexuais e travestis, com ênfase na garantia do direito a saúde dessa população.<sup>4</sup>

De modo geral, as falas neste estudo estão em concordância no que diz respeito à deficiência de conhecimento acerca dos direitos à saúde, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, tendo como questões pertinentes a burocracia pelo próprio serviço, a obrigatoriedade de endereço fixo e o preconceito pela condição de pessoa em situação de rua e/ou pela orientação sexual.

Portanto, a população em situação de rua apresenta uma realidade distante da desejada, demonstra muitas vezes precarização social e no acesso à saúde. Assim, o conhecimento é a palavra-chave no que se refere à superação desse ciclo vicioso de

desrespeito e de preconceito, pois prestar atendimento adequado é tarefa de todo profissional da saúde, sendo um compromisso ético com todos os indivíduos.<sup>17</sup>

## CONCLUSÃO

Evidencia-se a necessidade de educação em saúde da população em situação de rua e a reformulação das práticas de saúde de modo a evitar e/ou reduzir danos, garantindo assim a utilização dos recursos disponíveis em sua plenitude por esta população.

Desse modo, a capacitação dos profissionais de saúde é um ponto essencial a fim de gerar um maior esclarecimento sobre a pluralidade encontrada na realidade vivenciada por esses indivíduos, fazendo do profissional um instrumento capaz de modificar a realidade de saúde dessa população.

Assim, as limitações do estudo acreditam-se que esteja relacionada a sua realização em uma única local, uma vez que a ampliação para outras unidades poderia propiciar uma análise ampliada. 🐦

## Referências

- Vale AR, Vecchia MD. "UPA é nós aqui mesmo": as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde Soc São Paulo*. 2019;28(1):222-234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v28n1/1984-0470-sausoc-28-01-222.pdf>
- Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(8):2595-2606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2595.pdf>
- Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Rev bras enferm*. 2018;71(supl1):732-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0684.pdf)
- Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva*. 2017; 22(5):1509-1520. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en)
- Vargas ER, Macerata I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. *Rev panam salud pública*. 2018;42:e170. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e170/pt>
- Londero MFP, Ceccim RB, Bilbio LFS. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu, Online)*. 2014;18(49):251-260. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>
- Hallais JAS, Barros NF. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hiper-visibilidade. *Cad Saúde Pública (Online)*. 2015;31(7):1497-1504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1497.pdf>
- Santos CF, Ceccim RB. Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto. *Interface (Botucatu, Online)*. 2018;22(67):1043-1052. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-22-67-1043.pdf>
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Sicari AA, Zanella AV. Pessoas em situação de sua no Brasil: revisão sistemática. *Psicol ciênc prof*. 2018;38(4):662-679. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n4/1982-3703-ppc-38-04-0662.pdf>
- Mota FO, Fonseca RMAM, Santos JE, Gallassi AD. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. *Cad Bras Ter Ocup*. 2019;27(4):806-816. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n4/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoA01809.pdf>
- Simões TRBA, Couto MCV, Miranda L, Delgado PGG. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde debate*. 2017;41(114):963-975. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000300963&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000300963&lng=en)
- Wijk LBV, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(9):3357-3368. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3357.pdf>
- Lira CDG, Justino JMR, Paiva IKS, Miranda MGO, Saraiva AKM. O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *REME rev min enferm*. 2018. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1298>
- Abreu D. Consultório na rua e redução de danos: estratégias de ampliação da vida. *Rev bras med fam comunidade*. 2017;12(39):1-2. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/download/1435/832>
- Cardoso AC, Santos DS, Mishima SM, Anjos DSC, Jorge JS, Santana HP. Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices. *Rev latinoam enferm*. 2018;26:e3045. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692018000100358&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692018000100358&lng=en&nrm=iso)
- Abreu D, Oliveira WF. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o Consultório na Rua e para o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública (Online)*. 2017;33(2):e00196916. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00196916.pdf>

# Causa de mortalidade materna na região metropolitana I no triênio 2013-2015, Belém, PA

**RESUMO** | Objetivo: estudo sobre a ocorrência de óbitos maternos na região metropolitana de Belém no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Método: Trata-se de uma abordagem epidemiológica, descritiva, quantitativa, retrospectiva e documental. Incluindo: óbitos classificados como morte materna por causas obstétricas diretas e indiretas. Sendo excluído: óbitos classificados como acidentais. Por intermédio da estatística descritiva. Resultado: No período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015, foram declarados 53 óbitos em 2013, 45 óbitos maternos no ano de 2014 e 40 óbitos em 2015. Os dados identificaram uma razão de mortalidade materna de 160,3 no ano de 2013, 136,0 no ano de 2014 e 121,9 em 2015. Conclusão: A morte materna na região metropolitana I é caracterizada por RMM acima do recomendado pela OMS, evidenciando a necessidade de atenção integral e de qualidade à saúde da gestante, desde o pré-natal até o puerpério, no Estado do Pará.

**Palavras-chaves:** Mortalidade Materna; Saúde da Mulher; Epidemiologia.

**ABSTRACT** | Objective: a study on the occurrence of maternal deaths in the metropolitan region of Belém from January 2013 to December 2015. Method: This is an epidemiological, descriptive, quantitative, retrospective and documentary approach. Including: deaths classified as maternal deaths from direct and indirect obstetric causes. Being excluded: deaths classified as accidental. By means of descriptive statistics. Outcome: From January 2013 to December 2015, 53 deaths were reported in 2013, 45 maternal deaths in 2014 and 40 deaths in 2015. The data identified a maternal mortality ratio of 160.3 in the year 2013, 136.0 in 2014 and 121.9 in 2015. Conclusion: Maternal death in the metropolitan region I is characterized by MMR above that recommended by the WHO, evidencing the need for integral attention and quality to the health of the pregnant woman, to the puerperium in the state of Pará.

**Keywords:** Maternal Mortality; Women's Health; Epidemiology.

**RESUMEN** | Objetivo: Estudio sobre la ocurrencia de muertes maternas en la región metropolitana de Belém en el período de enero de 2013 a diciembre de 2015. Método: Se trata de un abordaje epidemiológico, descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y documental. Incluyendo: óbitos clasificados como muerte materna por causas obstétricas directas e indirectas. Si se excluye: muertes clasificadas como accidentales. Por medio de la estadística descriptiva. Resultado: En el período de enero de 2013 a diciembre de 2015, se declararon 53 muertes en 2013, 45 muertes maternas en el año 2014 y 40 muertes en 2015. Los datos identificaron una razón de mortalidad materna de 160,3 en el año 2013, En el año 2014 y 121,9 en 2015. Conclusión: La muerte materna en la región metropolitana I se caracteriza por RMM por encima de lo recomendado por la OMS, evidenciando la necesidad de atención integral y de calidad a la salud de la gestante, desde el preescolar, -natal hasta el puerperio, en el Estado de Pará.

**Descriptores:** Mortalidad Materna; Salud de la Mujer; Epidemiología.

## Elyade Nelly Pires Rocha Camacho

Enfermeira Obstetra. Professora, Graduação em Enfermagem pela Universidade da Amazônia. Belém (PA). Mestre em Enfermagem e Doutoranda em Doenças Tropicais de Medicina Tropical pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

## Eliete da Cunha Araújo

Médica Pediatra. Doutorado em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz (2007) e Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade Federal do Pará (1998). Professora Titular em Pediatria e Diretora Geral do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará-UFPA.

## Elisângela da Silva Ferreira

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Pará (UFPA - 2008), Pós-graduada Lato Sensu em Enfermagem em Terapia Intensiva (UFPA). Especialista em Enfermagem Oncológica - Modalidade Residência do Hospital Ophir Loyola. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Mestre em Biologia dos Agentes Infecciosos e Parasitários - BAIP. Doutoranda do Programa de Engenharia em Recursos Naturais da Amazônia/PRODERNA.

## Rubenilson Caldas Valois

Enfermeiro. Doutorado em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical - UFPA, Mestre em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará, especializações em enfermagem obstétrica pela UFPA e hemoterapia e hematologia pela UEPA. Atua como Professor Assistente I da Universidade do Estado do Pará, onde ministro a disciplina estágio supervisionado em Enfermagem Obstétrica.

## Andressa Tavares Parente

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará (2004), Mestrado (2007) e Doutorado em Ciências Ambientais (2016) pela parceria Universidade Federal do Pará, Museu Emilio Goeldi e Embrapa. Atualmente é enfermeira da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (setor de neonatologia) e professora adjunta da Universidade Federal do Pará, da atividade curricular de pediatria.

## Fabio Feitosa Camacho

Psicólogo, Graduação pela Universidade da Amazônia. Belém (PA). Especializando em Psicologia Hospitalar pela UNIBF.

**Recebido em:** 10/06/2019

**Aprovado em:** 10/08/2019

## INTRODUÇÃO

O impacto da assistência à saúde da mulher é detectado pelos indicadores da saúde feminina, dentre eles, a Mortalidade Materna, o que está diretamente relacionado com a má qualidade da assistência no pré-natal, no parto e puerpério<sup>1</sup>. A redução desta mortalidade é uma das principais Metas do Desenvolvimento do Milênio da ONU<sup>2</sup>.

Um dos objetivos do pacto é identificar os principais fatores de risco que

contribuem para esse cenário. Sabemos que se relacionam com processo saúde e doença, e por consequência, permitem definir estratégias de prevenção de novas ocorrências. Conhecer o impacto social e a implementação dessa política é importante para o direcionamento dos profissionais de saúde em sua atuação no âmbito da atenção primária<sup>3</sup>.

A morte materna é definida como a morte da gestante ou mulher que esteve em gestação durante as seis semanas (42 dias) anteriores ao óbito, devido a qualquer causa direta ou indiretamente relacionada à gestação e a seu manejo. Mortes maternas são divididas em mortes obstétricas diretas (hemorragia, sepses etc.) e indiretas (doenças já existentes complicadas pela gestação). O indicador mais utilizado para calcular a mortalidade materna é o número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, denominado razão de mortalidade materna (RMM). Esta não é uma taxa ou coeficiente, pois o denominador é o número de nascimentos, e o numerador o número de mulheres<sup>4</sup>.

A RMM é o indicador utilizado para medir a mortalidade materna. Contudo, dois problemas para sua correta aferição persistem: a subinformação (através do preenchimento incorreto das causas de morte na declaração de óbito); e o sub-registro (que é a ausência da DO nas bases de dados oficiais). Mesmo em países onde o registro de mortes tem uma cobertura que se aproxima dos 100%, os problemas de subinformação permanecem. Estudos realizados em países desenvolvidos evidenciam que a subestimação no número de mortes devidas à gravidez e suas complicações é uma questão que diz respeito tanto aos países desenvolvidos como aos países em desenvolvimento, embora mais importante nestes últimos<sup>5</sup>.

Entre outras razões, a mortalidade materna se torna um evento que se relaciona ao acesso e à qualidade dos serviços e ações de saúde, sobretudo no campo reprodutivo e sexual, envolvendo aspectos modelares relativos à organização, gestão e cuidados que merecem des-

taque quando se objetiva sua superação. Nesse sentido, a realização de estudos sobre a ocorrência de óbitos maternos, agregando mais informações, poderá contribuir para o melhor direcionamento de ações de saúde que possam impactar de forma positiva neste agravo. Frente a este contexto, emergiu a seguinte pergunta da pesquisa: Qual a Razão de Mortalidade Materna (RMM) encontrada na região metropolitana de Belém, ela está abaixo do preconizado pela OMS?



**A morte materna é definida como a morte da gestante ou mulher que esteve em gestação durante as seis semanas (42 dias) anteriores ao óbito, devido a qualquer causa direta ou indiretamente relacionada à gestação e a seu manejo.**



Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho consiste em descrever a Razão da Mortalidade Materna na região metropolitana I de Belém, no Estado do Pará, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo ecológico, sendo realizado a partir de dados coletados junto a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), por meio do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

A amostra foi constituída de um total de 138 óbitos notificados como sendo por causas maternas no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Foram incluídas mortes classificadas como materna, que de acordo com o Ministério da Saúde refere-se à óbito de mulheres de 10 a 49 anos, com idade fértil e que evoluíram para óbito no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. Fizeram parte da pesquisa os óbitos ocorridos durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da mesma e causados por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas. Foram excluídas fichas de notificação que se encontrava incompleta, ou preenchida de maneira equivocada, notificado como óbitos acidentais ou relacionado à outras causas que não estejam associadas ao ciclo gravídico.

Este estudo foi enviado a Plataforma Brasil, sendo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pará, sob o N° do Parecer: 1.308.500 e CAAE: 41727515.0.0000.0018, e por se tratar de dados secundários, de acesso livre ao público, não fez-se necessário o uso de Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Posteriormente foi realizado o cálculo da razão de mortalidade materna bruta quanto a separada por ano. Além disso, foi calculada a razão de mortalidade específica relacionada às causas de morte materna no Pará. Todos os cálculos foram realizados com base no que foi conceituado pelo MS. Para a análise estatística, foi utilizado do Microsoft Excel 2007®, para confecção de banco de dados, tabelas e gráficos.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ ÓBITOS MATERNOS}}{\text{N}^\circ \text{ NASCIDOS VIVOS}} \times 100.000$$

**Tabela 1 - Óbitos maternos em números absolutos (n), número de nascidos vivos (NV) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) ocorridos na região metropolitana I do estado do Pará, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.**

Ano	n	NV	RMM
2013	53	33061	160,3
2014	45	33100	136,0
2015	40	32807	121,9
2013-2015	138	98968	139,4

Fonte: Dados da pesquisa.

**Figura 01: Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos), ocorridos na região metropolitana I do estado do Pará, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.**



**Tabela 2 - Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos), ocorridos na região metropolitana I do estado do Pará, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.**

Ano	2013		2014		2015		Variação		
	n	RMM	N	RMM	n	RMM	2014-2013	2015-2014	2015-2013
Morte Materna Obstétrica Direta	30	90,7	26	78,6	24	73,2			
Morte Materna Obstétrica Indireta	23	69,6	19	57,4	16	48,8			
TOTAL	53	160,3	45	136,0	40	121,9	15,19	10,32	23,94

Fonte: Dados da pesquisa.

**Figura 02: Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos), ocorridos na região metropolitana I do estado do Pará, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015.**



## RESULTADOS

Após a coleta no SIM foi possível identificar que ocorreram 53 óbitos no ano de 2013, 45 óbitos no ano de 2014 e 40 óbitos no ano de 2015, e a partir do número de nascidos vivos nos respectivos anos foi possível determinar a Razão de Mortalidade Materna (RMM) que segue descritos na tabela 1:0

Observa-se um decréscimo anual da RMM no período de estudo. Considerando o triênio a RMM foi de 139,4 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. A figura 01 mostra a discreta redução da RMM.

Considerando a RMM por causas obstétricas, foi possível identificar que predominaram as causas obstétricas diretas, com RMM de 90,7 em 2013, de 78,6 em 2014 e de 73,2 em 2015 um pouco a mais do que a RMM das causas obstétricas indiretas (69,6; 57,4 e 48,8/100.000nv em cada período), conforme é mostrado na tabela 2, apresentando ainda uma variação 15,19% (2014-2013); de 10,32% (2015-2014) e uma variação significativa de 23,94% quando comparado de 2015-2013.

Na figura 02, observa-se um declínio da RMM tanto por causas diretas como por causas indiretas. Já na relação entre as causas diretas sobre as indiretas se observa uma ascensão dos casos de 0,9 em 2013, elevou para 1,4 em 2014 e 1,5 em 2015.

## DISCUSSÃO

A mortalidade materna pode ser estratificada em baixa, média, alta e muito alta, segundo suas razões (menores que 20, entre 21 e 49, entre 50 e 149 e maior que 150, respectivamente)<sup>3</sup>.

A RMM observada no presente estudo foi muito alta no ano de 2013 e alta nos anos de 2014 e 2015, observando-se uma nítida redução nos dois últimos anos (Figura 01), ou seja, níveis acima de 100 óbitos a cada 100.000 nv, em ambos períodos estudados, o equiva-

lente a cinco vezes acima do que seria recomendado.

Botelho<sup>6</sup>, em estudo realizado no estado do Pará, tendo como base os registros do SIM e do SISNAC, encontrou uma RMM de 50,4 em 2010, de 50,1 em 2009 e de 52 em 2008; dados esses inferiores aos observados no presente estudo, mostrando uma preocupante ascendência da mortalidade materna em nosso meio.

Em outro estudo similar a este, realizado no Maranhão, no período de 2006 a 2010 encontrou-se uma RMM de 94,4 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos<sup>7</sup>. Dados alarmantes, mais abaixo do que foi observado no presente estudo.

Ferraz e Bordignon<sup>8</sup> destaca que o Brasil apresentou um aumento 11,92% na RMM entre os anos de 2000 a 2009. Um aumento que foi diferente para cada região tendo o Norte apresentado um crescimento de 15,46%; o Nordeste, 18,53%; o Sudeste, 10,31%; e o Centro-Oeste, 50,54% no número absoluto de mortes maternas. Em contrapartida, o Sul apresentou uma redução, em números absolutos, correspondente a 15,76%<sup>8</sup>.

Ainda nesse mesmo estudo foi possível constatar que no intervalo de 10 anos (2000- 2009), ocorreram 16.520 óbitos maternos no Brasil, com uma razão de mortalidade materna de 54,83 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos nesse período. Esse índice de mortalidade materna brasileira também evidenciou os números elevados que deveriam estar diminuindo<sup>8</sup>.

De acordo com o estudo realizado pela World Health Organization (WHO), em conjunto com o United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), em 1990, estimou-se que aproximadamente 585.000 mulheres, em todo o mundo, morreriam vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal, sendo 99% dessas em países do chamado "Terceiro Mundo", o que sugere a morte ma-



**Ainda nesse mesmo estudo foi possível constatar que no intervalo de 10 anos (2000-2009), ocorreram 16.520 óbitos maternos no Brasil, com uma razão de mortalidade materna de 54,83 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos nesse período. Esse índice de mortalidade materna brasileira também evidencia os números elevados que deveriam estar diminuindo<sup>8</sup>.**



terna como um indicador sensível das desigualdades sociais mundialmente existentes. Destaca-se que não há outro indicador de saúde pública que mostre maior disparidade entre os países, em função de sua riqueza e desenvolvimento, que a mortalidade materna<sup>9</sup>. Ou seja, a RMM brasileira ainda está muito distante do que o recomendado para os anos de 2015 conforme era o objetivo do Pacto do Milênio.

Considerando o comportamento da mortalidade materna no Brasil, a distribuição da RMM é bastante heterogênea segundo as distintas regiões da Federação. Estudos apontam que as maiores razões são encontradas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as mais pobres do país. E as menores para as regiões Sul e Sudeste, descritas como detentoras de melhores condições de desenvolvimento socioeconômico<sup>10</sup>, corroborando com o que foi encontrado no presente estudo.

Estudo realizado pela OMS, UNICEF, UNPFA e Banco Mundial estimou que em 2015 aproximadamente 303 mil mulheres em todo o mundo morreriam vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. A RMM nos países em desenvolvimento em 2015 foi de 239 por 100 mil nascidos vivos contra 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos<sup>11</sup>.

Nas Américas, existe contraste expressivo entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento no risco de morte materna. A RMM nos Estados Unidos foi de 12 e 14 óbitos maternos por 100 mil NV, nos anos 1990 e 2015, respectivamente; no Canadá foi sete e sete nos mesmos anos. Embora observado aumento da RMM nos USA, o risco permanece baixo. Em países com dificuldades de desenvolvimento econômico, a RMM diminuiu nas últimas décadas, porém se mantendo em valores elevados, como a Bolívia que caiu de 425 óbitos maternos por 100 mil NV, em 1990, para 206, em 2015; o Haiti passou de 625 para 359, nos mesmos anos<sup>11</sup>.

Ainda relacionado a RMM, o presente estudo apresenta níveis elevados para os óbitos por causas obstétricas diretas, óbitos esses que em sua grande maioria poderiam ter sido contornados ainda no pré-natal (figura 02), contudo, ambas as causas (direta e indireta) ainda perdura acima do que é recomendado pela OMS.

Resultado esse que se assemelhou em um estudo realizado no Paraná no qual também predominaram as causas obstétricas diretas, apresentando uma RMM de 42/100.000 nv, duas vezes superior à RMM das causas obstétricas indiretas (16/100.000 nv)<sup>12</sup>, coincidindo com o que foi encontrado no presente estudo, no qual apresenta números elevados de causas obstétricas diretas, contudo vem ocorrendo uma discreta redução nos últimos anos.

Ao realizar a relação entre as causas diretas sobre as indiretas encontradas nesta pesquisa, se observa uma ascensão de 0,9 em 2013, elevou para 1,4 em 2014 e 1,5 em 2015. Resultado este que foi o oposto ao encontrado na pesquisa realizada por Mendes (2013) em São Paulo, onde foi observado que a relação entre as causas diretas sobre as


indiretas caiu de 2,8 em 2000 para 1,7 em 2011, valores superiores se comparado a este estudo, e inferior ao nacional. No Brasil, a relação entre as causas era de 3,5 vezes em 2000, e reduziu-se para 2,4 vezes, em 2010. O aumento de proporção de causas indiretas indica uma provável melhoria nas investigações dos óbitos suspeitos<sup>13,14</sup>.

## CONCLUSÃO

A Razão de Mortalidade Materna aqui encontrada, ainda se encontra muito aquém do desejável, onde representa 160,3 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos no ano de 2013, 136,0 em 2014 e 121,9 em 2015 e ao relacionar com o esperado pela OMS que seria de 10 a 20 óbitos a cada 100 mil nascido vivo, é possível ver a discrepância e a necessidade de que ainda se tem muito por fazer em prol da saúde da mulher.

Esses resultados confirmam que a RMM também é considerada um importante indicador da realidade social. Regiões mais desenvolvidas, com assistência à saúde de qualidade e políticas públicas eficazes se destacam com as menores razões. Dessa forma,

pode se supor que as condições pelas quais as mulheres morrem espelham o nível do desenvolvimento humano da população, assim um alto grau de mortalidade materna, como foi identificado no Pará, é indicativo de precárias condições socioeconômicas, que culminam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Além disso, é necessário enfatizar que não foi observada redução estatisticamente significativa da RMM no Estado do Pará nos últimos anos. O que implica no questionamento sobre a eficácia das medidas que estão sendo realizadas para diminuir a mortalidade materna. Esse resultado vem ainda confirmar a permanência de importantes entraves que impossibilitam a redução da RMM no estado; entre os quais estão a carência do planejamento familiar, a assistência pré-natal inadequada, a falta de vaga no serviço hospitalar e a deficiência de estrutura dos hospitais, que acarretam precariedade no atendimento às gestantes, sendo assim, segue o enorme desafio em se alcançar os objetivos do milênio em reduzir a ocorrência de óbitos materno 

## Referências

1. Matos, J.C. Mortalidade por aborto no Estado do Paraná: 1998 a 2004. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; 2007.v.9, n.3, p.806-14, set.- dez.
2. Laurenti, R. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 2004.v.7, n.4, p.449-60.
3. OMS - World Health Organization. The Millennium Development Goals Report 2014. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals>> (Acessado em SET/2014).
4. Brasil, Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3a ed. Brasília: MS; 2007.
5. Mota, S.M.M; Gama, S.G.N; Theme Filha, M.M. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Epidemiologia ServiçoSaúde*.Brasília, 18(1):55-64, jan-mar, 2009.
6. Botelho, N.M; Silva, I.F.M,M; Tavares, J.R; Lima, L.O. Causas de mortes maternas no estado do Pará, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*; 2014.
7. Portela, N. L. C.; Araújo, N. J.; Monte, L. R. S. Mortalidade materna no estado do Maranhão no período de 2006 a 2010. *R. Interd.* v. 8, n. 3, p. 75-82, jul. ago. set. 2015
8. Ferraz, L; Bordignon, M. Mortalidade Materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2012; v.36, n.2, p.527-538, abr/jun,
9. Sousa, M. H. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant, Recife*, v. 6, n. 2, abr./jun. 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. 119 p
11. WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strategiestowardendingpreventable maternal mortality (EPMM) [Internet]. 2015 [acessado 15 fev 2016]. Disponível em: <[http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/)>
12. Soares, Vânia Muniz Néquer. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 536-543, Dec. 2012.
13. Mendes, José Dinio Vaz; Osiano, Vera Lucia Rodrigues Lopes. A Mortalidade Materna no Estado de São Paulo, Brasil. *BEPA, Bol. epidemiol. paulo (Online)*, São Paulo, v. 10, n. 114, jun. 2013
14. Brasil. Ministério da Saúde. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Brasil. Brasília, DF: DATASUS, 2016. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

# Caracterização de Processos Éticos instaurados contra Profissionais de Enfermagem

**RESUMO** | Objetivo: Caracterizar os processos éticos instaurados no Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, Brasil (COREN/MS). Método: trata-se de um estudo exploratório, descritivo e documental. As variáveis analisadas foram: denunciante, denunciado, desfecho do processo ético, artigos infringidos e penalidades aplicadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (parecer n.º 438.302). Resultados: Trinta e quatro processos éticos de 2003 a 2013 foram analisados. O COREN/MS foi o principal denunciante (47%), a maioria dos denunciados era auxiliar de enfermagem (44%). Houve aplicação de penalidades em 11 processos; os artigos infringidos apontaram que além de executarem práticas proibidas, houve descumprimento dos deveres e responsabilidades profissionais e, conseqüentemente, violação de princípios bioéticos. A penalidade mais aplicada foi advertência verbal (81%). Conclusão: O estudo das infrações éticas é fundamental para subsidiar a tomada de decisões referentes a políticas voltadas para melhorias tanto na formação como no exercício profissional da enfermagem.

**Palavras-chaves:** Enfermagem; Código de Ética; Ética Profissional; Legislação de Enfermagem.

**ABSTRACT** | Objective: To characterize the ethical processes established at the Regional Nursing Council of Mato Grosso do Sul, Brazil (COREN/MS). Method: this is an exploratory, descriptive and documentary study. The variables analyzed were whistleblower, denounced, outcome of the ethical process, violated articles and applied penalties. A research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul (opinion No. 438,302). Results: Thirty-four ethical processes were analyzed from 2003 to 2013. CORE/MS was the main whistleblower (47%), the majority of those reported in the nursing assistant era (44%). Penalties were applied in 11 cases; the violated articles pointed out that in addition to carrying out prohibited practices, there was a breach of professional duties and obligations and, consequently, violation of bioethical principles. The most applied penalty was announced verbally (81%). Conclusion: The study of ethical infractions is fundamental to support decision-making related to policies aimed at improving both training and professional nursing practice.

**Keywords:** Nursing; Code of Ethics; Professional Ethics; Nursing Legislation.

**RESUMEN** | Objetivo: caracterizar los procesos éticos establecidos en el Consejo Regional de Enfermería de Mato Grosso do Sul, Brasil (COREN / MS). Método: se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y documental. Las variables analizadas fueron: denunciante, denunciado, resultado del proceso ético, artículos violados y sanciones aplicadas. Una investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (opinión No. 438.302). Resultados: se analizaron Treinta y cuatro procesos éticos de 2003 a 2013. COREN/MS fue el principal denunciante (47%), la mayoría de los reportados en la era de los auxiliares de enfermería (44%). Se aplicaron sanciones en 11 casos; Los artículos violados señalaban que, además de llevar a cabo prácticas prohibidas, había una violación de los deberes y obligaciones profesionales y, en consecuencia, una violación de los principios bioéticos. La penalidad más aplicada se anunció verbalmente (81%). Conclusión: El estudio de las infracciones éticas es fundamental para apoyar la toma de decisiones relacionadas con políticas destinadas a mejorar tanto la capacitación como la práctica profesional de enfermería.

**Descriptores:** Enfermería; Código de Ética; Ética Profesional; Legislación en Enfermería.

## Adaielle Lucia Nogueira Vieira da Silva

Enfermeira. Doutoranda no curso Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

## Sebastião Junior Henrique Duarte

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor na Graduação (Três Lagoas, MS) e Mestrado (Campo Grande, MS) em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Líder do Grupo de Pesquisa ASICO.

## Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido

Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora na Graduação (Três Lagoas, MS) e Mestrado (Campo Grande, MS) em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

## Roberto Della Rosa Mendez

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor na Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Três Lagoas, MS.

## Richardson Miranda Machado

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Professor na Graduação e Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, MG.

## Regina Maria dos Santos

Doutora em Enfermagem. Professora na Graduação e Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

## Ana Tania Lopes Sampaio

Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Líder do grupo de pesquisa ECOTRANS. Orientadora de pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UFRN) e Mestrado Profissional em Gestão da Qualidade em Sistemas e Serviços de Saúde (UFRN; Universidade de Murcia-Espanha).

Recebido em: 04/03/2020

Aprovado em: 05/03/2020



## INTRODUÇÃO

No Brasil, os dilemas éticos e morais vivenciados pela equipe de enfermagem, bem como as situações envolvendo condutas inadequadas durante o exercício profissional, muitas vezes dão origem a processos éticos, a partir de denúncias registradas no Conselho Regional de Enfermagem em que o profissional for inscrito.

O conhecimento dos princípios bioéticos, éticos e das normas legais que regulamentam o exercício e atuação profissional é uma forte medida de segurança para os pacientes e para os profissionais, pois, é seu dever zelar pelo cumprimento das normas e, uma vez o erro cometido, ninguém pode alegar desconhecimento da Lei visando eximir-se de responsabilidade<sup>(1)</sup>.

Nesse sentido é que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) estabelece os parâmetros éticos da prática profissional, as infrações e penalidades que devem ser aplicadas ao profissional infrator<sup>(2-3)</sup>.

O cumprimento dos princípios contidos no CEPE é fiscalizado pelo sistema formado por Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), como órgãos disciplinadores do exercício profissional da enfermagem<sup>(4)</sup>.

Quando os profissionais de enfermagem se deparam com dilemas ético-morais ou infringem os princípios éticos, legais e bioéticos que norteiam a profissão, os casos denunciados são encaminhados para análise disciplinar no COREN, em que o profissional está registrado. Toda denúncia apresentada ao COREN deve respeitar o princípio de admissibilidade previsto no Código de Processo Ético Disciplinar da Enfermagem, deve haver a identificação tanto do denunciante quanto do profissional de enfermagem que cometeu a infração ética, assim como a data e o local da ocorrência, além de arrolar testemunhas e apontar seus nomes e endereços<sup>(5)</sup>.

É oportuno mencionar que o procedimento ético-disciplinar pode ser

iniciado tanto por denúncia quanto por ofício. Os casos iniciados por ofício indicam que o Plenário do COREN local tomou conhecimento da ocorrência e a registrou<sup>(5)</sup>. As denúncias são submetidas para um conselheiro relator que, após averiguação prévia e análise dos fatos relatados, emite parecer consubstanciado sobre a existência ou não de indícios de infração ética.

Após a instauração do Processo Ético (PE), a análise tem por finalidade averiguar e julgar a procedência do ato praticado, imputando ou não penalidade ao profissional de enfermagem. A apuração das supostas ocorrências éticas é de responsabilidade da Comissão de Instrução e pode incluir as etapas de: sindicância prévia, oitiva dos denunciados e testemunhas, análise de documentos, além de outros procedimentos que venham a comprovar a materialidade dos fatos denunciados indicando se houve, ou não, infração ética<sup>(5)</sup>. O CEPE define infração ética como o ato cometido pelo profissional de enfermagem, omissão ou conivência que implique inobservância e/ou desobediência ao disposto no código<sup>(3)</sup>.

Salienta-se que a ocorrência de dano ou lesão ao paciente acarreta responsabilidade penal e/ou civil, em que o agente causador, além de responder sobre o seu exercício profissional perante as autarquias da enfermagem, também poderá ser acionado pelo sistema judiciário brasileiro<sup>(2)</sup>.

Assim, parte-se do pressuposto de que o estudo dos PE, abarcando tanto o perfil dos denunciados, como as infrações cometidas e as penalidades aplicadas, pode subsidiar os próprios Conselhos Regionais e Conselho Federal de Enfermagem na condução de políticas voltadas para reabilitar os profissionais infratores e ainda direcionar as necessidades de educação permanente e os benefícios da atualização do conhecimento, reforçando os princípios éticos da profissão frente às diversas atribuições exercidas pelos profissionais da categoria de enfermagem. A presente conjuntura levou à seguinte questão: Qual

o perfil dos processos éticos registrados contra profissionais de enfermagem?

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi descrever e analisar os processos éticos instaurados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul (COREN/MS).

## METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação descritiva, retrospectiva, exploratória, documental, com abordagem baseada na Teoria Principalista de Beauchamp e Childress<sup>(6)</sup> e no CEPE<sup>(3)</sup>. Os dados foram coletados diretamente nos arquivos do COREN/MS. Para a análise foram levantados os processos éticos instaurados na autarquia, no período de 2003 a 2013, disponíveis no sistema informatizado da instituição. Aqueles que não possuíam registro eletrônico foram excluídos, devido à dificuldade de localização.

A coleta de dados foi realizada de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Para coleta de dados foi elaborado um instrumento com base na experiência dos pesquisadores, tomando como referência o método da análise documental. As variáveis analisadas foram: a) caracterização do denunciante; b) caracterização do denunciado (categoria profissional e idade); c) desfecho do processo ético; d) artigos infringidos; e) penalidades aplicadas.

A pesquisa foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer n.º 438.302/2013.

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi apresentado aos Conselheiros do COREN/MS, explicando-se os objetivos e métodos do estudo. Posteriormente, foi assinado um termo de compromisso para utilização dos dados pelos pesquisadores.

Após a autorização pelo COREN/MS e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, um funcionário do COREN/MS averiguou, no sistema informatizado, a listagem de processos éticos e os solicitou à empresa contratada para guarda dos documentos, que não ficam arquivadas

dos na sede do COREN/MS. A coleta de dados ocorreu em uma sala reservada nas dependências da autarquia e em nenhum momento houve a retirada de documentos do local.

Para manter o compromisso do anonimato e o sigilo dos envolvidos nos processos, cada um deles foi identificado por letras e números sequenciados: E1 (Enfermeiro 1), T1 (Técnico de Enfermagem 1) e AE1 (Auxiliar de Enfermagem 1).

Foi realizada a análise descritiva dos dados, com tratamento estatístico da frequência simples e acumulada. Os resultados foram apresentados com o auxílio de tabelas e discutidos com o apoio da literatura disponibilizada em rede dos últimos cinco anos. Argumentos sustentados pelos princípios bioéticos dialogaram com os dados revelando os aspectos que podem ser alvo de programas de educação continuada.

## RESULTADOS

Foram localizados 34 processos éticos instaurados junto ao COREN/MS. Para melhor compreensão do estudo, as seguintes variáveis foram analisadas: caracterização dos denunciante, caracterização dos profissionais de enfermagem envolvidos (categoria profissional e faixa etária). No que tange à caracterização do PE, verificou-se o desfecho, os artigos infringidos e as penalidades aplicadas.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos denunciante.

Os achados evidenciaram que 64,7% dos denunciante pertenciam à categoria de Enfermagem, enquanto 35,3% foram externos à profissão. O fato de 47% das denúncias terem sido oferecidas pelo órgão disciplinador aponta a forte atuação do COREN/MS na fiscalização do exercício profissional.

Na Tabela 2 constam dados referentes aos profissionais de enfermagem envolvidos em PE.

Nos 34 processos éticos analisados, foram denunciados 63 profissionais de enfermagem. Desses, 17 foram enfermeiros, dos quais 41,2% podem ser vistos como jovens profissionais. Dentre os técnicos e auxiliares de Enfermagem infratores éticos, a maioria expressiva tem mais de 31 anos, revelando profissionais já maduros, destacando-se que 69,4% do total de denunciados pertenciam ao nível médio.

A Tabela 3 apresenta o desfecho dos processos éticos instaurados.

Foram aplicadas penalidades em apenas 32,4% processos éticos instaurados, enquanto 8,8% dos processos foram encerrados por não terem sido corretamente instruídos.

Para análise dos dados referentes aos artigos infringidos pelos denunciados, foi necessário respeitar a legislação em vigor no período em que a infração foi cometida. Assim, foram classificados os dados correspondentes aos processos instaurados até 2006 em conformidade com a Resolução n.º 240/2000(7) e os

**Tabela 1. Caracterização do denunciante. Campo Grande, MS, Brasil, 2019.**

Denunciante	N	%
COREN/MS	16	47,0
Outros órgãos (Poder Judiciário, SES, SMS, CEE)	8	23,5
Profissional de enfermagem	5	14,7
Instituição pública	1	2,9
Instituição privada	1	2,9
Outros conselhos profissionais	1	2,9
Usuário do serviço	1	2,9
Sindicato	1	2,9
Total	34	100,0

**Tabela 2. Distribuição dos profissionais envolvidos em processos éticos apurados junto ao COREN/MS, segundo a faixa etária e categoria profissional. Campo Grande, MS, Brasil, 2019.**

Idade	Enfermeiro		Técnico de enfermagem		Auxiliar de enfermagem		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
20 a 30 anos	7	41,2	5	27,7	8	28,6	20	31,7
31 a 40 anos	5	29,4	10	55,5	11	39,3	26	41,3
41 a 50 anos	5	29,4	1	5,5	4	14,3	10	15,9
51 anos ou mais	0	0,0	2	11,1	5	17,9	7	11,1
Total	17	100,0	18	100,0	28	100,0	63	100,0

**Tabela 3. Desfecho dos processos éticos apurados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil, 2019.**

Desfecho	N	%
Absolução	16	47,0
Aplicação de penalidades	11	32,4
Conciliação	4	16,8
Processo ético encerrado (falta de informações, PE incompleto encerrado)	3	8,8
Total	34	100,0

processos posteriores foram classificados conforme a Resolução COFEN n.º 311/2007(3). A Tabela 4 aponta a categoria dos artigos infringidos.

Os artigos infringidos apontaram o desconhecimento dos profissionais de enfermagem no que se refere aos seus deveres e responsabilidades, e revelaram a execução de práticas proibidas por parte dos profissionais de enfermagem estudados em seu exercício profissional.

Na Tabela 5 observam-se a penalidade aplicada em 11 processos.

A advertência verbal foi a principal penalidade dentre as 11 aplicadas. Não houve casos de aplicação de multa ou suspensão. Por outro lado, é relevante ressaltar a pena de cassação para três denunciados.

## DISCUSSÃO

Do total de processos éticos instaurados no Estado de Mato Grosso do Sul, a maioria (47%) teve como denunciante o próprio COREN/MS. Esse dado revela que a autarquia tem cumprido sua função precípua de fiscalizar o exercício profissional

da enfermagem e, diante de fato que seja constatado no momento da fiscalização ou por conhecimento através da mídia e, até mesmo, pelo recebimento de denúncia documentada, em todas as situações são requeridas as medidas legais, como é a instauração de um processo administrativo e ético de acordo com Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973, que atribui aos Conselhos Regionais o ato de disciplinar e fiscalizar o exercício profissional<sup>(4)</sup>.

No Brasil, é função dos Conselhos profissionais de enfermagem zelar pelo bom conceito da profissão, garantir os direitos profissionais dos que a exerçam, bem como proteger a sociedade contra os maus profissionais<sup>(4)</sup>. Assim, os Conselhos devem atuar na prevenção de infrações éticas, cooperando com a preservação da imagem da enfermagem perante a sociedade brasileira, especialmente nas situações de conflito envolvendo os profissionais de enfermagem<sup>(8)</sup>.

Destaca-se que às autarquias cabe a função de proteger o exercício da enfermagem com ações coesas que visem não somente punir os profissionais, mas tam-

bém ampará-los em aspectos legais referentes à autonomia profissional<sup>(8)</sup>, pois é sabido que diversos fatores contribuem para a ocorrência de infrações éticas, principalmente em questões relacionadas às condições laborais, também defendidas por sindicatos, como a sobrecarga de trabalho, dupla jornada de trabalho, baixa remuneração e a recorrente escassez de recursos, tanto material quanto humano. Tais situações podem induzir à ocorrência de infrações éticas.

A literatura aponta que é dever ético dos profissionais da enfermagem evitar riscos desnecessários aos pacientes, entretanto, constitui dever legal das instituições empregadoras proporcionar condições de trabalho seguras, a fim de prevenir riscos, danos, prejuízos ou iatrogenias, decorrentes da deficiência ou insuficiência de recursos humanos e materiais<sup>(2,9)</sup>. Nesse sentido, é fundamental a fiscalização das instituições empregadoras tanto pelos sindicatos, como pelo sistema de fiscalização do exercício profissional da enfermagem e de outras instâncias jurídicas, como o Ministério Público.

Com relação à fiscalização pelos Conselhos profissionais, estes poderão expedir notificações e autos de infração, bem como promover diligências e sindicâncias. O sistema de fiscalização tem como alicerce o processo educativo, visando o estímulo aos valores éticos e a valorização do processo de trabalho em enfermagem. Deste modo, a ação de fiscalizar é tida como um importante instrumento, não apenas para combater profissionais que atuam em desrespeito à legislação pátria, mas também instituições que corroboram com essa prática<sup>(10-11)</sup>.

Os achados apontaram que os profissionais de nível médio são os que mais se envolveram em processos éticos, pois, dos 63 profissionais envolvidos, 28 eram auxiliares de enfermagem e 18 técnicos de enfermagem. Vale destacar que na época da coleta dos dados, o Estado de Mato Grosso do Sul contava com 12.873 profissionais de enfermagem de nível médio registrados no COREN/MS<sup>(12)</sup>. Por-

**Tabela 4. Artigos infringidos nos processos éticos, de acordo com os direitos, deveres, responsabilidades e proibições, mediante análise da Resolução 240/2000 e da Resolução 311/2007. Campo Grande, MS, Brasil, 2019.**

Artigos infringidos	Número de artigos infringidos			
	Resolução 240/2000		Resolução 311/2007	
	N	%	N	%
Dos direitos	0	0,0	0	0
Deveres e responsabilidades	16	72,7	9	45,0
Proibições	6	27,3	11	55,0
Total	22	100,0	20	100,0

**Tabela 5. Penalidades aplicadas nos processos éticos, segundo categoria profissional. Campo Grande, MS, Brasil, 2019.**

Tipos de penalidades	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	Total
Advertência Verbal	3	0	6	9
Multa	0	0	0	0
Censura	0	0	1	1
Suspensão	0	0	0	0
Cassação	0	2	1	3

tanto, constituem o maior contingente de profissionais da enfermagem, logo, é esperado que, por serem a maioria, estejam mais sujeitos a infrações éticas.

Nessa perspectiva, aponta-se a necessidade da implementação de políticas de educação continuada para todos os profissionais de enfermagem, tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelas entidades de classe, no sentido de prevenir erros provocados pela desatualização de técnicas, pois, em que pese a precarização dos serviços de saúde devido à escassez de materiais e equipamentos, a situação é agravada quando a formação é ineficiente e de baixa qualidade<sup>(13)</sup>.

Com relação à qualidade na formação dos profissionais de enfermagem, seja de nível médio ou superior, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), lançou o projeto Movimento em Defesa da Qualidade da Formação dos Profissionais da Enfermagem, no ano de 2010.

Tratou-se de trabalho com representantes da ABEn, do COFEN e da Federação Nacional de Enfermeiros (FNE) visando elaborar as diretrizes do movimento. As entidades reivindicaram ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) agilidade na alteração do Decreto n.º 5.773 de 2006, para que os pedidos de criação de cursos de graduação em enfermagem sejam encaminhados para apreciação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme ocorre com outros cursos da área da saúde. A iniciativa tende a ampliar a regulação da formação dos profissionais de enfermagem com qualidade<sup>(14)</sup>.

Além da formação adequada, é imprescindível destacar a importância de ações de reciclagem assim como a reabilitação dos infratores, pois é direito do profissional de enfermagem atualizar-se<sup>(3)</sup>, porém cabe à instituição empregadora e ao conselho de classe implementar essa prática.

Com relação à faixa etária dos envolvidos, a maior frequência esteve entre os adultos jovens, provavelmente profissionais com pouca experiência na enfermagem, pois ao observar o cometimento de

infrações por profissionais por nível de escolaridade, constata-se que dentre os enfermeiros, a maioria dos infratores situava-se na faixa de 20 a 30 anos de idade. Esse dado retoma a discussão a respeito da formação. Se são adultos jovens, provavelmente recém-formados, é preciso atentar para a formação que atenda, minimamente, as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em enfermagem, consideradas essenciais na formação do perfil profissional qualificado.

No que se refere ao desfecho dos processos éticos (PE) instaurados, quase todos foram encerrados e arquivados, pois os envolvidos foram absolvidos. Após a averiguação, foi constatado que não houve indícios de infração ética nos processos instaurados ou os elementos apresentados não foram suficientes para sustentar a ocorrência de infração ética. Nestes também devem ser considerados aqueles que foram instaurados devido a pendências financeiras junto à autarquia e foram encerrados e arquivados após a regularização da dívida. Desse modo, constata-se que os direitos constitucionais foram assegurados aos envolvidos, tanto no que se refere à ampla defesa e ao contraditório, como a absolvição por falta de elementos condenatórios.

Quanto aos profissionais infratores, houve aplicação de penalidades previstas pelo CEPE, e a execução das penalidades impostas se processou na forma estabelecida nas decisões ou acórdãos, sendo registradas no prontuário do profissional infrator<sup>(5)</sup>. Com isso, o COREN/MS demonstrou a imparcialidade na defesa da sociedade.

O Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem menciona que, nos casos que não resultaram em óbito, podem ser realizadas audiências prévias de conciliação entre denunciado e denunciante, possibilitando o arquivamento mediante retratação ou ajustamento de conduta. No entanto, nos casos em que não haja conciliação e se houver indícios de infração ética, é instaurado um processo ético, respeitando-se todo o processo de julgamento, apresentação de

recurso e aplicação de penalidades, conforme indica o Código citado<sup>(5)</sup>.

Os dados apontam que houve PE arquivados e encerrados, porém em situação de incompletude. Apesar de haver o Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem para orientar a condução do PE, percebe-se que há necessidade de maior rigor na averiguação da infração ética, seja na oitiva dos envolvidos ou na juntada de documentos, até o final do processo<sup>(5)</sup>.

No que tange aos artigos infringidos, é válido salientar que foi utilizada também a Resolução n.º 240/2000<sup>(7)</sup>, revogada pela Resolução n.º 311/2007<sup>(3)</sup>, devido à data de instauração dos processos. Desse modo, todos os processos instaurados antes de 08 de fevereiro 2007 foram analisados à luz dos preceitos contidos na Resolução n.º 240/2000<sup>(7)</sup>, e a discussão dos artigos infringidos em cada resolução separadamente.

Os artigos infringidos na Resolução n.º 240/2000<sup>(7)</sup> foram: 16, 21, 22, 26, 38, 47, 48, 68, 69, 70, 71, 72, 74. Os artigos infringidos relacionados às proibições foram os artigos 47 e 48, que se referem à administração e prescrição de medicamentos. Apesar das inúmeras discussões sobre a administração e a prescrição de medicamentos, o estudo apontou que ainda são recorrentes as ocorrências éticas relacionadas ao tratamento. Nesse contexto, são fundamentais os treinamentos e capacitações com intuito de atualizar e reciclar os profissionais de enfermagem, a fim de evitar a troca inadvertida de medicação, a via de administração ou dosagem errada, erros estes geralmente associados à falta de atenção e à falta de conhecimento do profissional<sup>(16)</sup>. Desse modo, o aprimoramento profissional é essencial para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, oferecendo um serviço com segurança tanto para o paciente quanto para a equipe.

Os PE instaurados após 2007 foram norteados pela Resolução n.º 311/2007<sup>(3)</sup>. Os artigos infringidos foram: 5, 7, 9, 12,

18, 21, 28, 30, 32, 38, 39, 48, 49, 56, 59, 73 e 77. A maioria dos artigos referia-se às proibições, visto que um dos processos tratava da atuação de duas técnicas e um auxiliar de enfermagem em práticas de abortamento. O Código Penal Brasileiro considera o aborto como um dos crimes contra a vida. O artigo 126 do Código Penal define como crime a provocação do aborto, mesmo com o consentimento da gestante, com pena de reclusão que varia de 1 a 4 anos; já o CEPE em seu artigo 28 define como proibições o ato de provocar aborto ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação<sup>(3)</sup>.

Os dados apontam as infrações presentes na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem. Além do preparo técnico e de atualizações constantes, é vital que profissionais desenvolvam compromisso ético, para conhecer seus direitos, deveres, responsabilidades e o que é proibido no exercício profissional<sup>(9)</sup>.

Sob a ótica da Teoria Principialista de Beauchamp e Childress<sup>(6)</sup> alguns princípios bioéticos foram violados. A teoria defende quatro princípios, o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. Na análise dos PE instaurados junto ao COREN/MS, verificou-se que dois princípios bioéticos foram violados: o princípio da beneficência e o da não maleficência. O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem, de buscar o máximo de benefícios ao outro ou até mesmo agir eticamente, reduzindo ao mínimo os danos e riscos. Já o princípio da não maleficência implica no dever de privar-se de fazer qualquer mal para os pacientes, de causar danos ou colocá-los em risco<sup>(6)</sup>.

É imperativa uma atitude voltada para a discussão e reflexão constantes dos princípios bioéticos e conflitos morais presentes na prática da enfermagem, com intuito de interligar o cuidado técnico com o cuidado pautado nos princípios éticos e bioéticos, numa perspectiva do cuidado seguro e legal. Dessa forma, é necessário desenvolver competências

profissionais que primem pelo zelo dos princípios éticos e bioéticos, assegurando a assistência de enfermagem livre de riscos ou danos tanto para os pacientes quanto para a equipe<sup>15</sup>.



Além do preparo técnico e de atualizações constantes, é vital que profissionais desenvolvam compromisso ético, para conhecer seus direitos, deveres, responsabilidades e o que é proibido no exercício profissional<sup>(9)</sup>.



Com relação aos 11 processos em que houve aplicação de penalidade; em nove foi aplicada a advertência verbal, que consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, a qual é registrada em seu prontuário na presença de duas teste-

munhas. Já a censura foi atribuída apenas em um processo e consiste em repressão que é divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação. Não houve caso de aplicação de multa ou suspensão. Em um PE houve a cassação do direito ao exercício profissional de três profissionais do nível médio. A cassação consiste na perda do direito ao exercício da enfermagem e é divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação. Salienta-se que a cassação do exercício profissional é prerrogativa do COFEN<sup>(3)</sup>.

Destaca-se que, no Brasil, a força de trabalho da enfermagem é constituída por mais de dois milhões de trabalhadores, que estão inseridos nos diversos serviços de saúde presentes em todo o território nacional. No seu trabalho cotidiano, a enfermagem sustenta um vínculo direto com os usuários e seus familiares<sup>(17)</sup>, o que implica na responsabilidade e compromisso de protegê-los de erros e negligências, qualquer que seja a sua origem<sup>(10,18)</sup>.

Os achados exemplificam a dimensão de um problema crescente, pois além de estarem executando ações que são proibidas no exercício profissional, violando princípios bioéticos, há desobediência aos princípios éticos, especialmente no que se refere ao descumprimento dos deveres e responsabilidades profissionais, seja com os pacientes, com a equipe ou com o próprio conselho de classe, como nos casos de inadimplência. Salienta-se que, nos casos em que houve lesão ou dano ao paciente, o profissional de enfermagem envolvido em tal ato, além de ter sido punido nos tribunais de ética, também foi julgado pelo sistema judiciário brasileiro.

Nesse sentido, é de suma importância que os profissionais de enfermagem conheçam, interpretem e apliquem as legislações pertinentes ao exercício da enfermagem durante a sua prática cotidiana, respeitando assim os princípios bioéticos e as prerrogativas profissionais estipuladas pela lei. Outra questão que

precisa ser considerada é a obrigação das autarquias da enfermagem e das instituições empregadoras de prover, promover e gerenciar as condições de trabalho e riscos a que os clientes e os profissionais de enfermagem estão expostos<sup>(9)</sup>.

As denúncias contra profissionais de enfermagem sobre a ocorrência de danos à saúde por ações culposas decorrentes de imperícia, negligência e imprudência estão se tomando cada vez mais frequentes, nos distritos policiais e fóruns cíveis e criminais. Nesse cenário, o CEPE constitui o balizamento da prática profissional de todos que exercem a enfermagem, seja na assistência, na pesquisa, no ensino ou na administração, e a desobediência e/ou inobservância dos princípios contidos neste código, são passíveis de penalidades<sup>(2,19)</sup>.

É notório que o reconhecimento social

das categorias de enfermagem deve passar tanto pela valorização das competências técnicas quanto éticas e legais, assim como pela defesa intransigente dos direitos e deveres de cada categoria<sup>(9)</sup>. Desse modo, é imprescindível conhecer a realidade do cotidiano destes profissionais no que tange aos processos éticos instaurados.

## CONCLUSÃO

Embora limitado pelo período de mais de um ano decorrido entre a coleta dos dados e a publicação, este estudo serve de motivação para outros estudos que deem continuidade à pesquisa envolvendo os processos éticos instaurados pelo Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul, Brasil, bem como, a replicação do estudo em outros regionais.

Por meio da descrição dos processos éticos instaurados pelo COREN/MS, ficou evidente que quase todas as infrações éticas apontadas são passíveis de prevenção, pois são oriundas do despreparo técnico e da falta de atenção aos princípios éticos e bioéticos.

Na análise dos processos éticos, observou-se a necessidade da implantação de políticas de educação permanente dos profissionais de enfermagem, tendo em vista o crescente surgimento de recursos tecnológicos no setor saúde, o que requer o desenvolvimento de habilidades muitas vezes não aprendidas na formação.

Todavia cabe, também, ao conselho de classe a condução de políticas de reabilitação para os profissionais infratores, promovendo a reinserção de profissionais qualificados ao mercado de trabalho. 🐦

## Referências

1. Brasil. Decreto-Lei n.º 4.657, de 4 de setembro de 1942. Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Diário Oficial da União, Brasília, 9 set. 1942. Seção 1, p. 13635.
2. Oguiso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3. ed. at. ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2013.
3. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n.º 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2019 jan. 5]. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007\\_4345.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html)
4. Brasil. Lei n.º 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jul. 1973. Seção 1, p.6825.
5. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n.º 370, de 3 de novembro de 2010. Aprova o Código de Processo Ético dos Conselhos de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2019 jan. 10]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao370\\_10anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao370_10anexo.pdf)
6. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. 2. ed. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola; 2011.
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN n.º 240 de 30 de agosto de 2000. Revogada pela Resolução n.º311/2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2000 [2019 citado jan 20] Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2402000-revogada-pela-resoluco-cofen-3112007\\_4280.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2402000-revogada-pela-resoluco-cofen-3112007_4280.html)
8. Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Fernandes GFM, Mancía JR, Silveira JT. Implications of the visibility of professional nursing practices. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2013 [2019 citado jan 20];34(3):102-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300013>
9. Oguiso T, organizadora. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2. ed. Barueri: Manole; 2007.
10. Costa EO, Germano RM, Medeiros SM. A fiscalização do exercício profissional no conselho federal de enfermagem. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2012 [2019 citado jan 20];18(1):208-12. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140016>
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Manual de Fiscalização do COFEN/Conselhos Regionais, 2011.
12. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso Do Sul. Ofício Gabinete COREN-MS n.º 273 de 21 de março de 2012.
13. Silva ACAB, Silva GTR, Silva RMO, Vieira SL, Santana MS. Secondary professional education: characterization of scientific production in graduate studies. Acta Paul Enferm [Internet]. 2013 [2019 citado jan 20];26(5):499-505. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500015>.
14. Teixeira E, Cabral I. O movimento em defesa da qualidade da formação dos profissionais da enfermagem e o trabalho da ABEn área da educação. Rev Bras Enferm. 2011;64(2):223.
15. Silva ALNV, Candido MCFS, Duarte SJH, Sampaio ATL, Santos RM. Relationship between length of service and ethics violations in nursing. Rev enferm UERJ [Internet]. 2018 [2019 citado jan 20]; 26:e23058. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.23058>.
16. Schneider DG, Ramos FRS. Nursing ethical processes in the State of Santa Catarina: characterization of factual elements. Rev Lat-Am Enfermagem [Internet]. 2012 [2019 citado jan 20];20(4):744-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000400015>
17. Sena RR, Silva KL. Nursing as a supportive partner of the Brazilian National Health System. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [2019 citado jan 20]; 25(n.esp):1792-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800027>.
18. Silva ALNV da, Silva MCF da, Duarte SJRH et al. Violations and ethical incidents committed by nursing professionals: an integrative review. J Nurs UFPE on-line [Internet]. 2015 Jan. [2019 citado jan 20]; 9(1):201-11. DOI:10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201528.
19. Silva ALNV da, Silva MCF da, Duarte SJH, Santos MS dos. Complaints filed against nursing professionals: Mapping a Brazilian reality. Nursing Ethics [Internet] 2016 [cited 2019 Jan. 10]; 8(23). DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733015587777>

# Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF

**RESUMO** | Este estudo teve como objetivo identificar histórico de violência sexual e de sua associação com dados sociodemográficos, de saúde reprodutiva e sexual, entre as usuárias de três unidades do PSF. Metodologia: Estudo exploratório, transversal, população de 711 mulheres, entre 15 e 59 anos. Foi aplicado um questionário semi estruturado e utilizada a fórmula de Cochran para cálculo e amostra e o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para avaliar a associação entre a violência e as variáveis de interesse. Resultados: Encontrou-se uma população jovem em idade reprodutiva que vivia em união estável, escolaridade média de 9 anos, com atividade remunerada e renda de até dois salários mínimos. 12,9% referiram violência sexual, o parceiro íntimo foi o principal agressor, número de gestações e de filhos esteve relacionado a ocorrência de violência sexual. Conclui-se que a frequência de violência sexual foi alta, sendo o parceiro íntimo e o ex-parceiro, os principais agressores, apontando para a necessidade da investigação da violência como estratégia da saúde da família.

**Palavras-chaves:** Violência Sexual; Estupro; Unidade Básica de Saúde; Violência Contra a Mulher.

**ABSTRACT** | This study aimed to identify a history of sexual violence and its association with sociodemographic, reproductive and sexual health data, among users of three PSF units. Methodology: Exploratory, transversal study, population of 711 women, between 15 and 59 years old. A semi-structured questionnaire was applied and the Cochran formula for calculation and sample and the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program were used to assess the association between violence and variables of interest. Results: We found a young population of reproductive age who lived in a stable union, with an average education of 9 years, with paid activity and income of up to two minimum wages. 12.9% reported sexual violence, the intimate partner was the main aggressor, number of pregnancies and children was related to the occurrence of sexual violence. It was concluded that the frequency of sexual violence was high, with the intimate partner and the ex-partner being the main aggressors, pointing to the need to investigate violence as a family health strategy.

**Keywords:** Sexual Violence; Rape; Basic Health Unit; Violence Against Women.

**RESUMEN** | Este estudio tuvo como objetivo identificar una historia de violencia sexual y su asociación con datos sociodemográficos, de salud reproductiva y sexual, entre los usuarios de tres unidades de PSF. Metodología: estudio exploratorio, transversal, población de 711 mujeres, entre 15 y 59 años. Se aplicó un cuestionario semiestructurado y se utilizó la fórmula de Cochran para el cálculo y la muestra y el programa Paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) para evaluar la asociación entre violencia y variables de interés. Resultados: encontramos una población joven en edad reproductiva que vivía en una unión estable, con una educación promedio de 9 años, con actividad remunerada e ingresos de hasta dos salarios mínimos. El 12.9% reportó violencia sexual, la pareja íntima fue el agresor principal, el número de embarazos y niños estuvo relacionado con la ocurrencia de violencia sexual. Se concluyó que la frecuencia de la violencia sexual era alta, siendo la pareja íntima y la ex pareja los principales agresores, señalando la necesidad de investigar la violencia como una estrategia de salud familiar.

**Descriptor:** Violencia Sexual; Violación Unidad Básica de Salud; Violencia Contra la Mujer.

**Ana Cristina Fernandes Silva**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública.  
Hospital Perola Byington.

## INTRODUÇÃO

Violência sexual, conforme código penal, é constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso<sup>(1)</sup>.

No Brasil, estudo conduzido, em 2010, estimou que duas em cada cinco mulheres (40%) já teriam sofrido algum tipo de violência ao menos uma vez na vida<sup>(2)</sup>.

A questão da violência tem crescentemente chamado a atenção dos órgãos internacionais que, cada vez mais, identificam os efeitos das relações e situações de violência como um grande impeditivo para o desenvolvimento humano, refletindo na economia do país<sup>(3)</sup>.

A fundamentação da violência como problema de saúde pública não se faz somente pela magnitude das estatísticas envolvidas, mas considera os agravos para a saúde das pessoas por ela atingidas<sup>(4)</sup>.

Em artigo publicado no Informe Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), Dahlberg e Krug<sup>(5)</sup> afirmam que, embora muitas agressões não apresentem danos físicos, psicológicos e/ou sociais imediatos, podem levar a conseqüências tardias e perdurar por anos após o abuso inicial.

Conforme estudo do Banco Mundial, o estupro e a violência doméstica acometem 5% de anos de vida perdidos pela mulher em idade reprodutiva em países em desenvolvimento<sup>(6)</sup>.

É difícil avaliar o real impacto da

Recebido em: 09/03/2020

Aprovado em: 11/03/2020

violência sobre os serviços de saúde ou seus efeitos na produtividade econômica em todo o mundo. A evidência científica mostra que as mulheres, vítimas de violência doméstica e sexual, têm mais problemas de saúde, aumentando a demanda dos serviços de saúde<sup>(5,7)</sup>.

A violência acarreta uma série de efeitos na vida das mulheres, expressos por meio de uma complexidade de sentimentos e sequelas, como: o trauma emocional, o medo, os problemas físicos, a insônia, dificuldade em retomar a vida sexual e o trabalho, piora da saúde geral, dor crônica, abuso de substâncias, distúrbios reprodutivos e gravidez de alto risco causando danos psicológicos, com efeitos intensos e devastadores, por vezes, irreparáveis<sup>(8-11)</sup>.

Romper com o ciclo da violência é extremamente difícil para grande parte das mulheres que vivem nessa situação; muitas mulheres que tomam a atitude de denunciar seus companheiros agressores, muitas vezes, acabam desistindo de manter a denúncia<sup>(12)</sup>.

Outros fatores também são responsáveis pela manutenção da relação de violência, como: as promessas do companheiro de não agredir mais, a falta de perspectiva e de condições materiais para um recomeço, a vergonha e a falta de apoio da família e da sociedade. Tudo isso acaba facilitando uma reconciliação, gerando a "rotinização da violência"<sup>(12)</sup>.

Assim, a mudança desse cenário implica em uma importante estratégia ao dar voz às mulheres em situação de violência, para que, com base em seu conhecimento, valores e vivências traduzam as suas reais necessidades quando buscam por apoio e suporte das instituições<sup>(13)</sup>.

As unidades básicas de saúde são as portas de entrada para a população onde os profissionais estão mais próximos das mulheres e possuem melhores condições de acolhimento, com espaço para ouvir e entender e ajudar a enfrentar a violência de gênero<sup>(14)</sup>.

Objetivou-se identificar as características da violência sexual entre as usuárias em unidades básicas de saúde do Programa Saúde da Família (PSF)

## METODOLOGIA

Estudo transversal exploratório, realizado com mulheres usuárias de três unidades básicas de saúde (UBS) do PSF na região do Jabaquara, município de São Paulo. A população do estudo foram mulheres usuárias e cadastradas nas respectivas UBS.



Romper com o ciclo da violência é extremamente difícil para grande parte das mulheres que vivem nessa situação; muitas mulheres que tomam a atitude de denunciar seus companheiros agressores, muitas vezes, acabam desistindo de manter a denúncia<sup>(12)</sup>.



Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade entre 15 e 59 anos, que concordaram em participar do estudo e assina-

ram o Termo de Livre Consentimento (TLC).

O cálculo baseou-se no trabalho realizado por Silva<sup>(15)</sup>, em que se verificou uma frequência de violência contra a mulher de 27,5% na população do seu estudo. Para a determinação do número mínimo de participantes do estudo, foi realizado o cálculo de amostragem proposto por Cochran<sup>(16)</sup>, considerando uma margem de erro de 10%, foi estabelecida amostra mínima de 77 elementos amostrais.

Com o intuito de diminuir a margem de erro, além do número mínimo, adotou-se o critério tempo de coleta de dados. O número de indivíduos que compôs a população do estudo ficou assim distribuído: 362 mulheres no Jardim Lourdes, 254 no Vila Clara e 95 no Milton Santos.

A coleta de dados foi realizada de 2<sup>a</sup> a sábado, intercalando as UBS durante 6 meses. Realizado pela própria autora, face a face, na sala de espera das unidades do estudo.

Foi utilizado instrumento com questões sobre o perfil pessoal, social: idade, religião, estado civil, raça, escolaridade, ocupação, renda familiar; sobre o perfil sexual, reprodutivo: idade do início da atividade sexual, número de parceiros, uso de método contraceptivo, doença sexual, gestações anteriores e abortos, sobre o inventário da violência (física, sexual e psicológica) e os autores da violência, tipo de intimidação, situação ou atividade na abordagem do agressor, perfil da assistência na unidade de saúde, assistência após a violência. O que influenciou a procura de assistência.

Para a análise dos dados, foi usado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), em sua versão 19.0, para a construção das tabelas e gráficos.

Para associar as variáveis categóricas nominais, foi aplicado o Teste da Razão de Verossimilhança e, para associar as variáveis categóricas de violência com as variáveis escalares, foi aplicado o Teste de Mann-Whitney.

Com o intuito de verificar o grau de associação entre as variáveis de interesse, foi adotado o nível de significância de 5% (0,050) para a aplicação dos testes estatísticos.



O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética da UNIFESP e da SMS. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Livre Consentimento pelas participantes.

## RESULTADOS

Um terço da população tinha até 29 anos e vivia em união estável, metade era parda, tinha até 11 anos de estudo e atividade remunerada, 41,2% com renda familiar de até dois salários, não se verificou relação significativa entre estas características e a ocorrência de violência sexual.

Quanto aos antecedentes sexuais, a maioria das entrevistadas iniciou a atividade sexual entre 15 e 18 anos, 15,6% teve a primeira relação até 14 anos, 28% não utilizava método contraceptivo, 70,6% referiu até 3 parceiros, 6% referiu doença sexual, sendo o HPV mais presente.

A frequência de violência sexual en-

contrada neste estudo foi de 12,9% do total das entrevistadas. Não houve diferença estatística entre as três unidades.

Na análise univariada, a violência sexual teve relação significativa entre mulheres que tiveram mais de 4 gestações e mais de 3 filhos, como observado no Quadro 1.

A doença sexual, aborto espontâneo e provocado e a idade de início da atividade sexual também tiveram relação significativa com a ocorrência de violência sexual, como observado no Quadro 2.

O parceiro íntimo foi apontado em todas as unidades do estudo como o principal agressor.

No total de mulheres que informaram ter sofrido violência sexual, 6,6% foi intimidada, sendo, a força física (64,6%), o meio mais utilizado pelo agressor para consumir o ato, seguido de grave ameaça. Com relação ao local da violência, a residência foi citada por 55,3% das entrevistadas.

## DISCUSSÃO

Apesar de estudos encontrarem associação positiva de fatores socioeconômicos com a violência sexual<sup>(10-20)</sup>, este estudo não evidenciou resultado semelhante. A provável razão desse achado deve-se ao fato de a amostra ser homogênea, apesar de ser composta por três unidades básicas em bairros diferentes, cada uma com suas especificidades.

Quanto à prevalência de violência sexual verificada nesse estudo, Schaiber et al<sup>(21)</sup>. encontraram dado semelhante em estudo realizado em serviço de saúde primária, em que um terço das mulheres já viveu esse tipo de experiência.

A violência sexual traz vários agravos à saúde da mulher, como o Banco Mundial<sup>(15)</sup> estimou que o estupro e a violência doméstica acometem cerca de 5% a 16% dos anos de vida reprodutiva da mulher.

Com relação as variáveis sexual e reprodutiva, um estudo realizado em duas regiões no Brasil<sup>(22)</sup>, encontrou resultados semelhantes ao nosso onde o número de gestações e filhos expõem a mulher à violência. A dependência financeira, emocional, imaginária e social gerada pela existência de vários filhos, muitas vezes, justifica a permanência das mulheres na relação violenta, e a faz desistir de denunciar o parceiro<sup>(23)</sup>.

Além disso, existem outras barreiras que estão associadas a permanência da mulher nos relacionamentos violentos, como não considerar viver uma relação violenta<sup>(10,19,24)</sup>, medo e vergonha de pedir ajuda<sup>(13)</sup> e esperança que o agressor mude<sup>(25)</sup>.

Dados que vêm corroborar com o encontrado nesse estudo, onde parceiro íntimo é o principal agressor e a residência das entrevistadas foi o local da violência mais citado.

Este estudo encontrou relação significativa da variável idade de início da atividade sexual de 10 a 14 com a ocorrência da violência sexual. A OMS afirma que a idade de 10 a 14 é considerada a pré-adolescência<sup>(26)</sup>, fase de grande transformação biopsicossocial, essas mudanças fazem com que a adolescente tenha a necessi-

**Quadro 1. Violência sexual associada às variáveis escalares: gestações e número de filhos. São Paulo, SP, Brasil, 2011.**

Variável	Violência sexual	N	Média	P
Nº gestações (mais de 4)	Não	557	2,69	< 0,001
	Sim	85	3,75	
	Total	642	2,83	
Nº filhos (mais de 3)	Não	523	2,25	< 0,001
	Sim	80	3,03	
	Total	603	2,35	

**Quadro 2. Violência sexual associada a variáveis de antecedentes sexuais. São Paulo, SP, Brasil, 2011.**

VARIÁVEIS	Violência sexual			P
	Sim	não	total	
Doença sexual	14	29	43	0,001
	32,60%	67,40%	100,00%	
Aborto espontâneo	27	140	167	0,001
	16,20%	83,80%	100,00	
Aborto provocado	12	10	22	0,001
	54%	46%	100%	
Início de atividade sexual (de 10 até 14 anos)	23	82	105	0,013
	22%	78%	100%	

dade de se auto afirmar no mundo, de ter suas ideias respeitadas, ter mais autonomia, procuram mais emoções e ações<sup>(27)</sup>. Nesse sentido, sente a necessidade de fazer parte de grupos sociais com mesmos objetivos, se permitindo condutas que podem deixa-la vulnerável, como o uso de drogas ilícitas, a ingestão de bebidas alcoólicas e relacionamentos em ambiente virtual<sup>(28)</sup>, assim como o sexo casual, sem vínculo emocional, onde os direitos sexuais podem não ser respeitados.

É importante ressaltar, também, que nesta faixa etária a falta de maturidade e a vulnerabilidade física, psicológica e social são condições que facilitam a sedução e envolvimento com o agressor para a prática e exploração sexual<sup>(29)</sup>. Mesmo que a relação sexual seja consentida, é considerado crime. O Código Penal Brasileiro, reformado recentemente, qualifica crime sexual contra vulnerável quando a vítima não é maior de 14 anos, por não ter discernimento para a prática do ato ou não poder de oferecer resistência<sup>(30)</sup>.

Esse estudo encontrou relação positiva da doença sexual com a ocorrência de violência sexual, a literatura mostra que o uso de preservativo masculino pode ser prejudicado nas relações violentas, em que as mulheres se sentem constrangidas em propor ao parceiro o seu uso, pois pode colocar em pauta a fidelidade da relação, e estar suscetível às Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST<sup>(6)</sup>. O preservativo feminino ainda não faz parte da rotina da grande parte da população feminina devido algumas prerrogativas, a oferta na unidade de saúde básica e profissionais treinados, capazes de estimular e incentivar o uso do preservativo pela mulher<sup>(31)</sup>.

Resultados encontrados pela Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) no inquérito realizado em 2010 revelaram que, a metade da população pesquisada que realizou aborto induzido, usou práticas não seguras<sup>(32)</sup>, fato que pode comprometer a saúde reprodutiva da mulher<sup>(33)</sup>, além de representar uma das principais causas de morte materna<sup>(34)</sup>.

Dentro desse entendimento, são vá-

rios os riscos que as mulheres estão expostas, e a violência mostra-se como um facilitador na ocorrência desse evento, como risco duas vezes maior de aborto para mulheres em situação de violência<sup>(6)</sup>.

As agressões podem causar lesões nas vítimas e provocar abortos espontâneos, além disso, a mulher, muitas vezes, opta em realizar aborto provocado por rejeitar o agressor e o conceito que dele foi gerado.



As agressões podem causar lesões nas vítimas e provocar abortos espontâneos, além disso, a mulher, muitas vezes, opta em realizar aborto provocado por rejeitar o agressor e o conceito que dele foi gerado.



A violência sexual tem algumas implicações na vida da mulher, além dos traumas psicológicos, uso de drogas, comportamento de risco para doenças sexuais e perda do controle reprodutivo.

O estupro e a violência doméstica acometem cerca de 5% a 16% dos anos de vida reprodutiva da mulher<sup>(6)</sup>. Mulheres agredidas sexualmente apresentam

maior nível de gravidade de estresse pós-traumático; com forte associação aos sintomas depressivos e de ansiedade<sup>(35,36)</sup> e pior classificação de saúde<sup>(37)</sup>.

Em relação à autoria das agressões, esse estudo encontrou o companheiro e ex-companheiro como os principais agressores, pesquisa realizada entre usuárias de serviço de saúde encontrou dado semelhante, com a prevalência de 44% de mulheres agredidas pelo parceiro durante a vida<sup>(38)</sup>.

Quando a violência ocorre em ambiente privado, faz com que a mulher, por questões culturais, sociais e religiosas, compreenda seu parceiro e respeite o vínculo afetivo e hierárquico de que compartilha<sup>(25)</sup>. Dessa forma, torna-se natural, habitual a convivência com certas situações violentas, presentes nos desdobramentos de seu cotidiano<sup>(33)</sup>, no qual os sentimentos de humilhação, vergonha e medo do parceiro facilitam a ocultação dos eventos violentos<sup>(36)</sup>. Tendo como consequência a “invisibilização” da violência, a banalização e relativização dos atos violentos<sup>(10)</sup>, onde a mulher não se identifica como vítima nem reconhece tal ocorrido, como violação de seus direitos<sup>(24)</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo encontrou uma frequência de 12,9% de violência sexual em uma população de mulheres jovens, que vivem em união estável, com bom nível de escolaridade, sendo o parceiro íntimo o agressor mais frequente. Encontrou relação estatisticamente significativa da variável violência sexual com as variáveis: início precoce de vida sexual (entre 10 e 14 anos de idade), mais de 4 gestações, mais de 3 filhos, doença sexual, aborto espontâneo.

O estudo evidenciou que a violência sexual está mais presente no ambiente familiar, reflexo da sociedade patriarcal, onde a mulher é a mais vulnerável nas relações de poder. A escolaridade não foi um fator protetor, demonstrando que a violência esta presente em todas as esferas da sociedade. A presença da violência, a submissão e a falta de conhecimento do

seu próprio corpo limitam a autonomia da mulher, que não consegue exercer seus direitos reprodutivos, fazer suas escolhas, como mostra a relação positiva da violência sexual com as variáveis início

de atividade sexual, número de gestação, número de filhos e doença sexual.

Este estudo permitiu a identificação de fatores relacionados à violência sexual por parceiro íntimo, importantes no

enfrentamento da violência, para promover a sensibilização dos profissionais da saúde, para direcionar a implantação de novas estratégias e criar espaço para a mulher ser ouvida e acolhida. 🌱

## Referências

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas (BR). Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 48p. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
2. Venturi G, Recaman M, Oliveira S. A mulher brasileira no espaço público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.
3. Banco Mundial. Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo na Saúde. Nova Iorque, Oxford: University Press. Morrison A, Ellsberg M, Bott S, Como abordar la violencia de género en la América Latina y el Caribe. Relatório do Banco Mundial Janeiro. 2005; 60.
4. Aiken M. False Allegation: a concept in the context of rape. J Psychosocial Nurs Ment Health Serv. 1993; 31:15-20.
5. Dahlberg LL, Krug, EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11:1163-1178.
6. Heise L, Pitanguy J G. Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers. 1994; 255.
7. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev. bras. epidemiol. 2010 Jun; 13(2): 237-245.
8. Beebe DK. Sexual assault: the physician's role in prevention and treatment. J Miss State Assoc. 1998; 39:366-9.
9. Plichta SB. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. J Interpersonal violence 2004; 19(11): 1296-323.
10. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. Saúde Pública. 2005 out; 39(5):695-701.
11. Oliveira EM, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública. 2005 Jun; 39(3):376-382.
12. Santi LN, Nakano AMS, Lettore A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social Texto contexto – enferm. 2010 jul./set.; 19(3).
13. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Publica. 2010 abr; 27(4):300-308.
14. Moura LBA, et al. Violências contra a mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. Rev. Saúde Pública. 2009 dez; 43(6):944-953.
15. Silva MA, Falbo Neto GH, Figueiroa JN, Cabral Filho JE. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. Cad. Saúde Pública 2010 fev; 26(2).
16. Cochran W. Sampling Techniques. 3. ed., New York: John Wiley & Sons; 1986.
17. Oshikata CT, Bedone Aloisio J, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual: característica das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad. Saúde Pública. 2005 jan-fev; 21(1): 192-199.
18. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. Social Science & Medicine. 2002; 55:1603-1617.
19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I. Violência Sexual e mulheres no Brasil urbano, 2005. Rev. Saúde Pública. 2008 Jun; 42(supl.1):127-137.
20. Vieira EM, Perdona GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(4).
21. Schraiber LB, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços de saúde da Grande São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2007; 3:359-367.
22. D'Oliveira AFPL, et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009 ago; 14(4):1037-1050.
23. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD'A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):744-751.
24. World Health Organization (WHO). Multi study on women's health and domestic violence against woman. Geneva: WHO; 2005.
25. Oshikata CT, et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao segmento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(4): 701-713.
26. World Health Organization (WHO). A Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
27. Ministério da Saúde (BR). Lobato AL (org). Organização Pan Americana da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS. 2017. P.71.
28. Souza VP, et al. Fatores de risco associados à violência sexual. AV Enferm. 2019; 37(3): 364-374.
29. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de vigilância e acidentes/VIVA e a notificação de violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde – SUS de Feira de Santana – Bahia, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19: 773-84.
30. Barroso B, Araújo Junior MA (org). Vade Mecum OAB & Concurso. 13. Edição. 2020. P. 2192.
31. Albuquerque GA, Alencar G. Autonomia sexual feminina: o preservativo feminino nas práticas eróticas. Saúde.com. 2015 ago; 11(2): 123-136.
32. Diniz D, Medeiros M. Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Jun; 15(suppl 1).
33. Hardy E, Alves G. Complicações Pós-Aborto Provocado: Fatores Associados. Cad Saúde Pública. 1992 out./dez.; 8 (4): 454-458.
34. Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Género y Salud. Equidad de género y salud en las Américas a comienzos del siglo XXI. Washington: OPS; 2004.
35. Ilanes E, Bustos L, Vizcarra MB, Muñoz S. Violência y factores sociales asociados a salud mental en mujeres de la ciudad de Temuco. Rev Méd Chile. 2007; 135: 326-334
36. Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa ECP. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. Psicothema 2007; 19(3):459-466.
37. Bonomi A, et al. Health Outcomes in Women with Physical and Sexual Intimate Partner Violence Exposure Journal of Women's Health. 2007; 16(7).
38. Thompson RS, et al Intimate Partner Violence: Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. American Journal of Preventive Medicine. 2006 Jun; 30(6):447-457.

# A roda de conversa como instrumento de cuidado e promoção da saúde mental: percepção dos usuários dos CAPS

**RESUMO** | Objetivo: Descrever a percepção dos usuários de cada CAPS quanto à roda de conversa. Metodologia: Pesquisa transversal descritiva com abordagem qualitativa em que foi priorizada a fala dos usuários participantes por meio de entrevistas, observações sistemáticas e registro em diário de campo. Resultados e Discussão: Esse estudo nos mostrou que a roda de conversa se compõe como uma ferramenta terapêutica que auxilia na reabilitação dos usuários dos CAPS, reduzindo as tensões relacionadas às crises psicóticas e as recaídas do álcool e outras drogas no seu tratamento. Conclusão: A roda de conversa funciona como um dispositivo positivo para o cuidado e a promoção da saúde mental dos usuários dos CAPS.

**Palavras-chaves:** Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Roda de Conversa; Promoção da Saúde Mental; CAPS.

**ABSTRACT** | Objective: To describe the perception of the users of each CAPS regarding the conversation circle. Methodology: Descriptive cross-sectional research with a qualitative approach in which the speech of the participating users was prioritized through interviews, systematic observations and record in a field diary. Results and Discussion: This study showed us that the conversation wheel is composed as a therapeutic tool that helps in the rehabilitation of CAPS users, reducing tensions related to psychotic crises and relapses of alcohol and other drugs in their treatment. Conclusion: The conversation wheel works as a positive device for the care and promotion of the mental health of CAPS users.

**Keywords:** Psychiatric Reform; Mental Health; Circle of Conversation; Promotion of Mental Health; CAPS.

**RESUMEN** | Objetivo: Describir la percepción de los usuarios de cada CAPS con respecto al círculo de conversación. Metodología: investigación transversal descriptiva con un enfoque cualitativo en el que se priorizó el discurso de los usuarios participantes a través de entrevistas, observaciones sistemáticas y registro en un diario de campo. Resultados y discusión: Este estudio nos mostró que el círculo de conversación está compuesto como una herramienta terapéutica que ayuda en la rehabilitación de los usuarios de CAPS, reduciendo las tensiones relacionadas con las crisis psicóticas y las recaídas de alcohol y otras drogas en su tratamiento. Conclusión: La rueda de conversación funciona como un dispositivo positivo para el cuidado y la promoción de la salud mental de los usuarios de CAPS.

**Descriptores:** Reforma Psiquiátrica; Salud Mental; Rueda de Conversación; Promoción de la Salud Mental; CAPS.

## Layane Barbosa Amorim

Enfermeira, Graduada pela Faculdade Estácio de Alagoas.

## Maria Rejane Santos

Enfermeira, Graduada pela Faculdade Estácio de Alagoas.

## José Augustinho Mendes Santos

Enfermeiro, Graduado pela Faculdade Estácio de Alagoas; Especialista em Urgência, Emergência e Intensivismo pela modalidade residência pelo Hospital Santa Cruz-HSC; Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas; Diretor Administrativo do Centro de Saúde de Feira Grande; Coordenador de Enfermagem do Pronto Atendimento 24H Eulina Lira da Silva.

**Recebido em:** 06/03/2020

**Aprovado em:** 07/03/2020

## Camila da Paz Santos

Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal de Alagoas, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas; Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário de Largato.

## Fernanda dos Santos Iochims

Enfermeira, Graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC; Especialista em Urgência, Emergência e Intensivismo pela modalidade residência pelo Hospital Santa Cruz-HSC; Mestranda em Educação pelo Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul.

## Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Docente Substituto do Curso de Graduação, do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRI; Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-Graduação de Emergência; Terapia Intensiva e Obstetrícia da UNIG; Mestre pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela EEAAC/UFF.

## INTRODUÇÃO

O objeto de pesquisa deste estudo é a percepção dos usuários dos CAPS quanto à roda de conversa. O interesse da pesquisa emergiu através das experiências proporcionadas pelas práticas da disciplina de Ensino Clínico VI – Saúde Mental, ocorridas no CAPS AD III de Maceió, ao observar as rodas de conversa que são realizadas entre os usuários dos CAPS e profissionais da saúde. Este estudo é relevante, porque torna possível a realização da abordagem do assunto acerca da roda de conversa como instrumento de cuidado e promoção da saúde mental na percepção dos usuários dos CAPS.

A roda de conversa surge como um espaço que possibilita uma escuta cuidadosa de participação coletiva e tem como finalidade abrir espaços para discussões, desabafos e funcionam como um meio de autoajuda, facilitando o diálogo entre

os participantes e os profissionais. A roda estimula um espaço livre de conversa, no qual os participantes se sintam a vontade para expressarem seus medos, suas angústias, seus momentos de tristeza e também de alegria e, assim, compartilhando suas experiências uns com os outros.

Durante muitos anos, o doente mental era ligado a um atendimento baseado no modelo hospitalocêntrico, os atendimentos a esses portadores de transtornos mentais eram realizados nas Santas Casas de Misericórdia, que eram instituições filantrópicas e religiosas que acolhiam esses enfermos, mas os atendimentos que eles recebiam eram precários, onde sofriam maus tratos, não tinham uma boa higiene, eram afastados de seus lares e submetidos a internações por tempos prolongados. E foi durante esse tempo, que eles eram excluídos da sociedade, tinham seus direitos humanos violados e viviam sob o modelo asilar, o qual era baseado na punição como o método de eletrochoque e contenção física<sup>(1)</sup>.

A reforma psiquiátrica teve início na década de 80 e vem provocando grandes mudanças no campo da saúde mental. Com o surgimento da reforma psiquiátrica, houve uma influência diretamente na assistência da saúde oferecida ao sujeito portador do sofrimento psíquico, e teve como o objetivo de transformar os manicômios, rompendo modelos e alcançando conviver com a loucura<sup>(2)</sup>.

A reforma surge desestabilizando e criticando o modelo dominante da assistência na saúde mental, criando novas crenças, novas leis, costumes à liberdade, e o direito de garantir uma assistência como um todo à saúde desses indivíduos<sup>(2)</sup>.

A partir do ano de 1989, foi proposta uma lei que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais, mas que só foi aprovada em 2001, a Lei n.º 10.216/01 prevê a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e representa, no Brasil, um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana a essas pessoas<sup>(3)</sup>.

A atual política teve como objetivos

“  
A reforma psiquiátrica teve início na década de 80 e vem provocando grandes mudanças no campo da saúde mental. Com o surgimento da reforma psiquiátrica, houve uma influência diretamente na assistência da saúde oferecida ao sujeito portador do sofrimento psíquico, e teve como o objetivo de transformar os manicômios, rompendo modelos e alcançando conviver com a loucura<sup>(2)</sup>.  
”

uma mudança nos atendimentos que eram prestados aos doentes mentais, como a exclusão dos manicômios onde essas pessoas com transtornos mentais viviam sob condições desumanas, e foi durante essa década que houve a desinstitucionalização destes indivíduos que residiam nesses manicômios e a criação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS<sup>(2)</sup>.

Os CAPS foram substituídos pelo antigo modelo asilar e são compostos por equipes multiprofissionais que atendem as pessoas em sofrimento psíquico ou que fazem uso de álcool e outras drogas, e têm com objetivos a reinserção desses indivíduos na sociedade. O CAPS envolve ações que são realizadas individuais, com as famílias e em grupos, essas ações funcionam como dispositivos estratégicos para essas pessoas em sofrimento mental ou decorrente do uso de álcool e outras drogas<sup>(2)</sup>.

Uma das ações que são realizadas nos CAPS e que visa à promoção da saúde mental desses indivíduos é a roda de conversa, que serve como uma estratégia de ação da promoção da saúde mental e surge como um espaço que possibilita uma escuta cuidadosa de participação coletiva. A roda pode configurar-se como um espaço dialógico alternativo de escuta e de falas ampliadas no qual os participantes se sintam a vontade para expressarem suas opiniões, seus medos, suas alegrias e seus sentimentos e assim compartilhando experiências uns com os outros<sup>(4)</sup>.

Diante do exposto, emergiu a seguinte pergunta norteadora do estudo: Qual a percepção dos usuários de dois Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto à roda de conversa? Para responder a pergunta norteadora, o presente estudo tem como objetivo descrever a percepção dos usuários de dois CAPS quanto à roda de conversa localizados na cidade de Maceió-AL.

#### METODOLOGIA

A pesquisa é transversal, descritiva e com abordagem qualitativa em que foi priorizada a fala dos usuários participantes. Os fatos foram observados, registra-

dos, analisados, sem interferência das pesquisadoras; os indivíduos foram descritos com relação as suas características pessoais e suas histórias de fatores causais.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, observações sistemáticas e registro em diário de campo, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio de Alagoas, sob n.º 2.641.730 atendendo à Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na ocasião das entrevistas, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos participantes do estudo.

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial III Álcool e outras drogas Dr. Everaldo Moreira, Centro de Atenção Psicossocial II Dr. Sadi Feitosa Carvalho, localizados no município de Maceió - Alagoas. Foram incluídos todos os usuários dos CAPS que aceitaram participar da pesquisa e que tinham no mínimo três meses ininterruptos ou mais em tratamento e que frequentavam com regularidade a roda de conversa. Foram excluídos os participantes que possuíam idade inferior a 18 anos e que estivessem sob o efeito de álcool e outras drogas ou em crise psicótica.

A aproximação com os usuários participantes foi realizada pessoalmente, as pesquisadoras se identificaram como estudantes do Curso de Enfermagem de uma instituição particular no município de Maceió. Foram explicitados dados referentes ao objeto de estudo, objetivos da pesquisa, entrevista semiestruturada, observação sistemática, registros em diário de campo e foi realizado o convite para participar da pesquisa. As confirmações da participação e das entrevistas foram agendadas ficando a escolha do dia, horário e atividade a seu critério.

Para coleta de dados, foram utilizadas duas estratégias: observação sistemática em diário de campo e entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada foi realizada com cada participante da pesquisa em um lugar privativo escolhido por ele (a). As respostas e comentários

foram gravados em um aparelho de áudio e tudo o que foi relatado e gravado foi transcrito e lido ao participante, o qual confirmou se as informações coincidiram ou não com o que ele (a) falou. Tudo estava em conformidade e foi autorizado pelo (a) participante da pesquisa o uso das informações para a pesquisa.

No que concerne ao roteiro de entrevista semiestruturada, é toda uma comunicação entre pessoas em que será realizada pelo entrevistador com objetivo de haver informações pertinentes para o objeto da pesquisa a ser realizada. Em relação à observação sistemática, designada também como estruturada, planejada e controlada, o observador se torna capaz de se pôr no lugar do outro, ele sabe o que procura em uma determinada situação<sup>(5)</sup>.

Foi observado o momento da roda de conversa que são ministradas por profissionais da saúde e usuários (as) participantes dos CAPS, também foi utilizado um diário de campo onde foi possível registrar as impressões obtidas a partir das vivências de entrevista e observação sistemática. O diário de campo é um documento simples, e foi nele onde as entrevistadoras registraram informações relevantes, como: acontecimentos, comportamentos, conversas formais e informais que fossem a respeito do tema da pesquisa<sup>(6)</sup>.

Por se tratar de uma pesquisa que lida diretamente com pessoas, há riscos de estresse e abalo emocional, os quais foram minimizados através da manutenção da privacidade, confidencialidade e respeito ao participante da pesquisa. Os participantes não foram identificados, prezou-se pelo anonimato destes, utilizando a letra U de usuário e números para identificá-los, seguindo a sequência de entrevistas (ex.: U1, U2, U3,...).

Este estudo possibilitou aos usuários participantes descreverem sobre a importância da roda de conversa para a sua promoção da saúde e reabilitação psicossocial.

Os dados foram analisados através da estratégia de análise de conteúdo do tipo categoria temática. A análise de conteúdo é um instrumento de pesquisas com vários

tipos de aplicação e técnicas de análise das comunicações que irá interpretar o que foi relatado pelo entrevistado e atingir os objetivos propostos. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.

A análise temática de conteúdo se divide em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação.

Dentro da etapa de pré-análise, é o momento em que o entrevistador colhe os documentos e vai organizar ideias, formular hipóteses dos documentos coletados para serem analisados e elaborar os indicadores que fundamentam a interpretação final, é a fase da organização propriamente dita. Sendo que esta fase compreende primeiro à leitura flutuante, momento em que o entrevistador organiza os textos e documentos que foram coletados para serem analisados; e é nessa fase que podem surgir as hipóteses ou questão norteadora<sup>(7)</sup>. Por segundo, será a escolha dos documentos que consistem na definição do corpus da análise.

A terceira é a formulação das hipóteses a partir da leitura inicial dos dados coletados; a quarta é a elaboração de indicadores que interpretarão os materiais que foram coletados. Na fase de exploração do material ou codificação dos dados coletados são transformados em unidades as quais permitem uma explicitação do conteúdo expresso da coleta. E por final, a fase do tratamento dos resultados obtidos/ interpretação dos dados brutos coletados que são organizados e agregados em unidades.

Com base na análise de dados, como conteúdo temático, foi realizada uma leitura dos depoimentos das entrevistas semiestruturadas, separando por tema em comum das falas dos participantes, interpretando o que foi mencionado, em seguida foi realizada uma exploração do material identificando as ideias com recortes de trechos e, por fim, realizou-se um embasamento teórico fundamentando a discussão e concluído com resultados encontrados da pesquisa<sup>(8)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do objetivo de descrever a percepção dos usuários dos CAPS quanto à roda de conversa, chegou-se aos resultados aqui apresentados. Estes foram obtidos através da análise das transcrições das entrevistas e, na medida do possível, integrados aos registros da observação sistemática e das anotações de campo.

Ouvir os usuários participantes dos CAPS levantou interesse e foram evidenciadas através desta pesquisa as seguintes temáticas: A roda de conversa como um meio de interação e troca de experiências; A roda de conversa como uma ferramenta de apoio no convívio familiar e A roda de conversa como um apoio na prevenção das recaídas.

### A roda de conversa como um meio de interação e troca de experiências

Um momento de conversa serve para a formação de um espaço onde haverá troca de experiências, de opiniões e aprendizados. A roda surge como um instrumento capaz de produzir conteúdos importantes para a vida dos indivíduos ao constituir um momento onde há falas e também escutas, havendo espaços de ajustar, aceitar, negar e/ou discordar<sup>(9)</sup>. Ainda de acordo com esse estudo, a roda funciona como um meio para construir informações e, ao mesmo tempo, fornecer dados para discussões.

A roda tem uma visão de unir pessoas com histórias de vida distintas, com a intenção de agrupar os indivíduos para tomada de decisões. As vozes desses usuários precisam ser escutadas e evidenciadas no dia a dia<sup>(8)</sup>.

U1: “Me sinto bem durante a roda de conversa e esse momento de interação com os outros usuários e profissionais foi onde eu aprendi a lidar com a doença”.

U7: “A roda de conversa para mim é um meio de interagir com outras pessoas, pois sou muito tímido, eu também era muito isola-

do e esses momentos que passo na roda tem me ajudado bastante”.

U13: “Acho a roda de conversa muito importante para o meu tratamento, com ela eu tenho mais conhecimento e aprendizado da minha doença”.

A roda de conversa tem como propósito que as pessoas possam progredir, aprender, se expressar e se comunicar para superar os seus medos e entraves, proporcionando a junção dos sujeitos ao incentivar a comunicação interpessoal e a capacidade de resolver conflitos frente aos desafios de viver na sociedade. A roda tem como objetivo oportunizar a criação de diálogos e também tem uma visão de unir pessoas com histórias de vida distintas<sup>(10)</sup>.

As vozes desses usuários precisam ser escutadas e evidenciadas no dia a dia, pois são nesses encontros que haverá uma construção de histórias de grupos e individuais. É relevante que os usuários se permitam dialogar com os profissionais, o que possibilita trabalhar reflexivamente a respeito das manifestações apresentadas pelo grupo no saber lidar com sua doença.

A enfermagem tem um papel relevante no processo de interação e comunicação, permitindo que esses usuários utilizem essa comunicação como uma forma de ajudarem uns aos outros<sup>(11)</sup>.

O enfermeiro tem uma importante ferramenta que é a confiança, ela serve para que os usuários se sintam mais a vontade com o profissional diante do processo de interação e comunicação.

Se comunicar é um direito de qualquer pessoa, uma vez que a comunicação encontra um sentido de conforto, se tornando parte do tratamento, assim, a adequada comunicação se constitui numa ferramenta fundamental para o cuidado de enfermagem.

### A roda de conversa como uma ferramenta de apoio no convívio familiar

A roda de conversa é um apoio para os usuários, porque é no momento da

roda onde eles irão buscar orientação, meios e estratégias para melhorar o convívio familiar, compreendendo a importância da situação em que estão vivendo com o intuito de reduzir os conflitos que são causados com os familiares<sup>(12)</sup>.

U3: “Antes de começar a frequentar a roda de conversa me sentia triste e agitada, conforme fui frequentando a roda, tive mudanças no meu convívio familiar”.

U4: “Participo da roda para ajudar em meu tratamento, é uma forma que eu me sinto livre e calmo, tive melhorias na convivência com minha mãe e minha irmã, a roda de conversa tem me ensinado muito, a saber, lidar com os conflitos familiares”.

U8: “As rodas fazem bem para si próprio, houve mudança no meu convívio familiar, pois eu era muito bruto com eles no sentido geral”.

U18: “Participo da roda para me acalmar, gosto de ouvir os profissionais dando conselhos, gosto de desabafar e aprendo ouvindo com os outros participantes, tive melhoras no meu convívio familiar após começar a participar da roda”.

Muitos usuários dependentes do álcool e de outras drogas, e até mesmo psiquiátricos, têm muita dificuldade em manter um relacionamento saudável com os familiares, pois o preconceito em aceitá-los está presente em grande parte das famílias. A roda de conversa tem esse intuito, de quebrar barreiras de preconceito e enriquecer o tratamento desses usuários. A participação da família contribui bastante durante o tratamento do dependente químico ou psiquiátrico, pois é também na família que os usuários encontram proteção, determinação, confiança e ânimo para prosseguir com seu

tratamento. O apoio familiar é importante no processo de reabilitação, isso acontece a partir da interação dos familiares junto à roda de conversa.

A enfermagem é importante tanto para os usuários como para seus familiares, pois proporciona um elo, a fim de contribuir e colaborar para sua reabilitação. É fundamental que o profissional de enfermagem estabeleça e mantenha o vínculo fundamentado em confiança para que o usuário e sua família possam falar de si e seus problemas com segurança.

Para Mariana<sup>(13)</sup>, o papel do enfermeiro em conjunto com uma equipe interdisciplinar é fundamental para a reabilitação dos usuários, gerando uma ligação com o mesmo e sua família, possibilitando, assim, que o profissional de enfermagem desenvolva com êxito seu papel e proporcione melhor assistência no tratamento dos usuários.

#### Rodas de conversa como uma ferramenta de auxílio nas recaídas

O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”<sup>(4)</sup>.

U17: “Me sinto fortalecido e motivado ao participar das rodas, se não existisse as rodas acho que teria mais recaídas”.

U20: “As rodas tem me ajudado a me recuperar do vício, me sinto mais alegre”.

U24: “As rodas para mim é uma forma de autoajuda, é onde eu me divirto, me desestresso, tem me ajudado nas recaídas do álcool”.

U27: “As rodas tem me ajudado nas recaídas do álcool, é um meio de autoajuda para meu tratamento”.



Os usuários reconhecem a importância da roda de conversa como uma ferramenta para seu tratamento, pois permite a troca de diferentes saberes, expressando seus conceitos, ideias, opiniões sobre algum tema que seja proposto na roda, configura-se num momento singular de partilha [...]



Os usuários reconhecem a importância da roda de conversa como uma ferramenta para seu tratamento, pois permite a troca de diferentes saberes, expressando seus conceitos, ideias, opiniões sobre algum tema que seja proposto na roda, configura-se num momento singular de partilha, fazendo com que eles tenham cada vez mais controle no momento das recaídas, obtendo mais alto nível de confiança para possibilitar mudanças de hábitos negativos ao proporcionar bem-estar e superação durante o tratamento, o que acarreta no êxito desse processo de reabilitação.

Segundo estudo<sup>(14)</sup>, a roda de conversa possibilita ao usuário o máximo de compreensão, pois tem como estratégia as dinâmicas de grupo, promovendo a participação entre os usuários, destacando os conhecimentos, comportamentos e práticas.

Para autores<sup>(15)</sup>, a ferramenta da roda tem como direção a comunicação por meio da conversa. Neste ambiente, as dúvidas e os sentimentos são compartilhados e, com isso, há uma troca de informações sobre o cuidado entre eles, permitindo reflexões, avaliação e alteração de hábitos.

Estudo<sup>(14)</sup> concorda com outra pesquisa<sup>(15)</sup>, ao destacar que a roda de conversa tem como característica motivar os participantes a relatarem em conjunto as suas ideias, pontos de vista, opiniões e conceitos sobre o tema proposto, possibilitando lidar com as manifestações expostas pelo grupo.

Autores<sup>(16)</sup> se certificaram que as estratégias abordadas através das atividades, bem como a roda de conversa, artesanais e musicais, aprimoram a compreensão individual de cada participante, possibilitando o alcance da sua própria história, constituindo um novo universo para o diálogo e superando as dificuldades encontradas durante o tratamento.

A roda de conversa se compõe como uma ferramenta terapêutica que auxilia na reabilitação dos usuários dos CAPS, reduzindo as tensões relacionadas às cri-



ses psicóticas e as recaídas do álcool e outras drogas no seu tratamento. A roda proporciona troca de ideias e experiências e um ambiente onde eles se sentem acolhidos e à vontade para expressar suas emoções, visando contribuir para a recuperação e reinserção na sociedade.

O enfermeiro desempenha um papel importante durante a roda de conversa, estabelecendo uma ligação e compreendendo os usuários, tanto em conjunto como na individualidade e necessidade de cada um, dessa forma, o usuário tem a oportunidade de, não só organizar seus pensamentos, mas também suas emoções, evitando possíveis recaídas.

No momento da roda de conversa, o

enfermeiro tem a percepção de observar cada usuário e fazer avaliações clínicas e também elaborar um plano terapêutico de acordo com suas necessidades para o tratamento. Como enfermeiros, temos que mostrar à sociedade que é possível a reinserção social desses usuários que são excluídos da sociedade por serem dependentes de alguma droga ou álcool e/ou psiquiátricos.

#### CONCLUSÃO

A pesquisa deteve-se em descrever a percepção dos usuários dos CAPS quanto à roda de conversa. Observou-se que a roda de conversa funciona como um dis-

positivo positivo para o cuidado e a promoção da saúde mental dos usuários dos CAPS. Diante do que foi exposto na fala dos usuários participantes, possibilitou-se detectar o quanto a roda de conversa é uma ferramenta essencial para o tratamento dos usuários.

As perguntas do roteiro de entrevista permitiram que os usuários descrevessem suas percepções quanto à roda de conversa, tais como: dificuldades no convívio familiar, dificuldades de interagir com outras pessoas e recaídas com o uso do álcool e drogas. Dada à importância do assunto, a roda de conversa serve como um instrumento de cuidado e promoção da saúde mental desses usuários. 🐦

## Referências

1. Jorge BSM, et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Revista Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 22 set 2018]; 16(7): 3051-3060. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). *Saúde Mental /Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica* [Internet], n. 34, p.176 [acesso em 20 ago 2018]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).
3. Melo CMA. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2012 [acesso em 01 set 2019]; 8(9):84-95. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>.
4. Sampaio J, et al . Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface Comunicação Saúde e Educação* [Internet]. 2014 [acesso em 19 set 2019]; 18:1299-1311. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000601299&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832014000601299&script=sci_abstract&tlng=pt).
5. Ferreira V, Pereira I. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* [Internet]. 2014 [acesso em 11 set 2019]; 5(2):258- 261. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/224>.
6. Araújo LFS, et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 15 mai 2018]; 15(1):53- 61. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/6326/4660>.
7. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Revista Informação & Sociedade: Estudos* [Internet]. 2014 [acesso em 01 set 2019]; 24(1):13-18. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ies/index>.
8. Silva HA, Fossa TIM. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas revista eletrônica* [Internet]. 2015 [acesso em 23 set 2019]; 16(1). Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/>.
9. Moura AF, Lima MG. A reinvenção da roda de conversa: Um instrumento metodológico possível. *Revista Temas em Educação* [Internet]. 2014 [acesso em 15 out 2018]; 23(1):98-106. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338/11399>.
10. Tajra I. Roda de conversa como instrumento para criação de grupos de interação social e educacional em saúde-relato de experiência [Internet]. *Trabalho de Conclusão de Curso Especialização Latu Sensu - TCC Educação Permanente em Saúde em Movimento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015* [acesso em 15 out 2018]. Disponível em: <http://eps.otics.org/alunos/piaui/subcop/pi-grupo-9/acervo/roda-de-conversa-como-instrumento-para-criacao-de-grupos-de-interacao-social-e-educacional-em-saude-relato>.
11. Siqueira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2014 [acesso em 22 out 2018]; 12(6). Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602014000300001](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300001).
12. Minetto MF, Medina GB. Famílias em rodas de conversa sobre educar e incluir. *Revista Infad de Psicologia* [Internet]. 2017 [acesso em 22 out 2018]; 4(1): 87-96. Disponível em: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAE/article/view/1030/912>.
13. Mariana C. O cuidado na saúde mental: trabalho do enfermeiro no centro de atenção psicossocial [Internet]. 2015. 67 p. *Trabalho de conclusão de curso em enfermagem- Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2015* [acesso em 19 out 2018]. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1187/1/2015MarianaCenci.pdf>.
14. Melo RHV, et al. Roda de Conversa: uma articulação solidária entre ensino, serviço e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2016 [acesso em 22 out 2018]; 40(2):301-309. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem\\_40-2-0301.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem_40-2-0301.pdf).
15. Costa RRO, et al. As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Revista de Atenção à Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 01 set 2019]; 13(43):30-36. Disponível em: [http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/2675/pdf\\_1](http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2675/pdf_1).
16. Batista EC, Ferreira DF. A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. *Revista Psicologia em Foco* [Internet]. 2015 [acesso em 25 out 2018]; 7(1):1- 13. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1593/1940>.

# Qualidade de vida do profissional de enfermagem da atenção básica de saúde: revisão integrativa

**RESUMO** | Objetivou identificar a produção científica acerca da qualidade de vida da enfermagem que exerce suas atividades na atenção básica de saúde publicada em artigos nacionais, no período de 2010 a 2018, bem como, apresentar os enfoques principais levantados pelos autores dos estudos. Identificou-se a amostra de 345 artigos a partir da pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores Qualidade de vida “and” Enfermagem, Enfermagem “and” Atenção Básica de Saúde e Qualidade de vida “and” Enfermagem “and” Atenção Básica de Saúde, dos quais 22 artigos se enquadraram nos critérios de inclusão. Embora alguns elencassem entre os descritores as palavras-chave pesquisadas, uma integra e cuidadosa leitura dos mesmos revelou que somente 5 destes artigos refletiam a relação da temática proposta. A análise dos artigos culminou na identificação de núcleos temáticos de onde emergiram as seguintes categorias: Adoecimento dos profissionais, relacionamento interpessoal, riscos ocupacionais, cargas de trabalho. Mediante a aplicação do método de pesquisa, constatou-se que são ínfimas as publicações atualizadas sobre a Qualidade de Vida do Profissional de Enfermagem da Atenção Básica de Saúde, indicando a necessidade de pesquisas que envolvam o tema.

**Palavras-chaves:** Enfermagem; Qualidade de Vida; Atenção Básica.

**ABSTRACT** | It aimed to identify the scientific production about the quality of life of nursing that carries out its activities in primary health care published in national articles, from 2010 to 2018, as well as to present the main approaches raised by the authors of the studies. The sample of 345 articles was identified from the research in the Virtual Health Library (VHL) through the descriptors Quality of life and Nursing, Nursing and Primary Health Care and Quality of life and Nursing and Primary Health Care, of which 22 articles met the inclusion criteria. Although some listed the keywords searched among the descriptors, a thorough and careful reading of them revealed that only 5 of these articles reflected the relationship of the proposed theme. The analysis of the articles culminated in the identification of thematic nuclei from which the following categories emerged: Illness of professionals, interpersonal relationships, occupational risks, workloads. Through the application of the research method, it was found that the updated publications on the Quality of Life of Nursing Professionals in Primary Health Care are negligible, indicating the need for research involving the theme.

**Keywords:** Nursing; Quality of Life; Primary Care.

**RESUMEN** | Su objetivo era identificar la producción científica sobre la calidad de vida de la enfermería que realiza sus actividades en atención primaria de salud publicadas en artículos nacionales, en el período de 2010 a 2018, así como presentar los principales enfoques planteados por los autores de los estudios. La muestra de 345 artículos se identificó a partir de la investigación en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) a través de los descriptores Calidad de vida y Enfermería, Enfermería y Atención Primaria de Salud y Calidad de vida y Enfermería y Atención Primaria de Salud, de los cuales 22 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Aunque algunos enumeraron las palabras clave buscadas entre los descriptores, una lectura exhaustiva y cuidadosa de ellas reveló que solo 5 de estos artículos reflejaban la relación del tema propuesto. El análisis de los artículos culminó en la identificación de núcleos temáticos de los cuales surgieron las siguientes categorías: Enfermedades de los profesionales, relaciones interpersonales, riesgos laborales, cargas de trabajo. Mediante la aplicación del método de investigación, se descubrió que las publicaciones actualizadas sobre la Calidad de Vida de los Profesionales de Enfermería en Atención Primaria de Salud son insignificantes, lo que indica la necesidad de investigación sobre el tema.

**Descriptores:** Enfermería; Calidad de Vida; Atención Primaria.

## Paula Cristina de Sá Camargo Silveira

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí-Go

## Bruno Bordin Pelazza

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO.

## Marcos André Mattos

Enfermeiro. Doutor. Professor. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás.

**Recebido em:** 09/03/2020

**Aprovado em:** 11/03/2020

## Meillyne Alves dos Reis

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem- Universidade Federal de Goiás. Docente do Curso de Enfermagem no Centro Universitário de Anápolis-Go/UniEVANGÉLICA.

## Lucila Pessuti Ferri

Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora do Curso de Enfermagem UFG/Regional Jataí.

## Cácia Régia de Paula

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem- Universidade Federal de Goiás. Professora Assistente da Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem remete à promoção e gestão do cuidado ao indivíduo e comunidade em geral. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem compõem a equipe de enfermagem, prestam serviços nos mais variados contextos socioambientais e culturais<sup>(1)</sup>.

A Atenção Básica é considerada como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), é ordenadora do serviço, efetiva no cuidado integralizado. Realiza promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos<sup>(2)</sup>.

Segundo o grupo WHOQOL (1995),

o conceito de qualidade de vida relacionada ao modo como o indivíduo percebe sua posição na vida em relação a cultura e seus valores, bem como sua posição em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(3)</sup>.

Através do trabalho o ser humano busca ser aceito e estar inserido no meio social para ter suas necessidades, como indivíduo, sanadas. A qualidade de vida no trabalho é de extrema relevância, pois os reflexos do trabalho repercutem no cotidiano do sujeito. Alguns fatores podem acometer o profissional de enfermagem e comprometer sua qualidade de vida, promover o adoecimento e gerar riscos<sup>(4)</sup>.

Frente ao panorama exposto, o fio condutor da pesquisa foi o questionamento: Qual é o conhecimento científico produzido no Brasil sobre a qualidade de vida da enfermagem na atenção básica, nos últimos anos? Com a finalidade de responder a tal questionamento, o presente estudo tem como objetivo identificar a produção científica acerca da qualidade de vida da enfermagem que exerce suas atividades na atenção básica de saúde publicada em artigos nacionais, no período de 2010 a 2018, bem como, apresentar os principais enfoques levantados pelos autores dos estudos.

#### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, realizado por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo trabalho científico e influenciará em todas as etapas de uma pesquisa, dando o embasamento teórico em que se baseará o trabalho; as quais consistem: no levantamento, seleção, fichamento e análise das informações relacionadas à pesquisa, objetivando um resultado<sup>(5)</sup>.



Através do trabalho o ser humano busca ser aceito e estar inserido no meio social para ter suas necessidades, como indivíduo, sanadas. A qualidade de vida no trabalho é de extrema relevância, pois os reflexos do trabalho repercutem no cotidiano do sujeito. Alguns fatores podem acometer o profissional de enfermagem e comprometer sua qualidade de vida, promover o adoecimento e gerar riscos<sup>(4)</sup>.



A busca na base dados foi realizada utilizando as seguintes combinações de palavras-chave (unitermos) escolhidas mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Qualidade de vida “and” Enfermagem “and” Atenção Básica de Saúde. A seleção dos artigos foi realizada no mês de outubro de 2018, com base nos seguintes critérios de inclusão: artigos de periódicos on-line indexados nas bases de dados, com textos disponíveis na íntegra e em língua portuguesa, os quais deveriam refletir a temática, publicados no período compreendido entre 2010 e 2018. Excluíram-se: cartas, editoriais, teses, dissertações, revisões, capítulos de livros e demais textos não científicos.

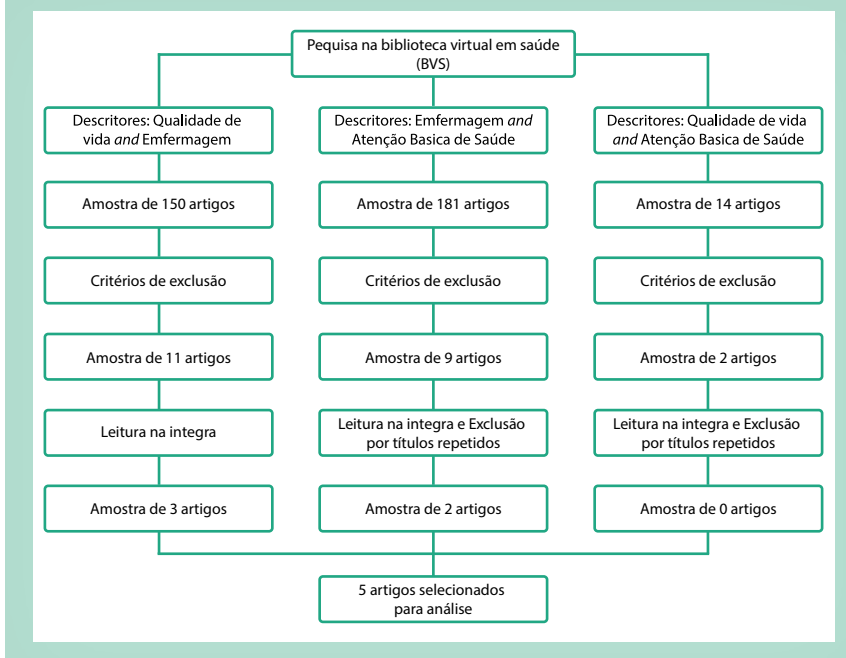
Para a seleção dos artigos, realizou-se uma leitura prévia dos resumos das publicações selecionadas, por dois pesquisadores independentes, com objetivo de refinar a amostra por meio dos critérios de inclusão. Nos casos de divergência sobre a inclusão ou exclusão dos artigos, foi feita leitura minuciosa e discussão do estudo na íntegra, sendo que não havendo consenso, uma terceira pesquisadora decidiu a inclusão ou exclusão dos estudos.

A fase de análise dos artigos consistiu inicialmente na leitura dos estudos na íntegra, aplicação de instrumento para coleta de dados com os seguintes tópicos: título, autor(es), ano da publicação, fonte e principais resultados/achados da pesquisa. Os dados da coleta foram sintetizados em um quadro com resultado das pesquisas das palavras-chaves combinadas, posteriormente, categorizados para análise e discussão.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se a amostra de 150 artigos a partir da pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores Qualidade de vida “and” Enfermagem, dos quais 11 artigos se enquadraram nos critérios de inclusão. Embora alguns elencassem entre os descritores as palavras-chave pesquisadas,

Figura 1. Fluxograma dos artigos e combinações de descritores utilizados. Guarapuava, PR, Brasil, 2019



uma íntegra e cuidadosa leitura dos mesmos revelou que 03 destes artigos refletem a relação da temática proposta. Foi realizada uma segunda pesquisa, com a combinação dos descritores Enfermagem “and” Atenção Básica de Saúde, que resultou em uma amostra de 181 artigos, dos quais 09 se enquadraram nos critérios de inclusão. Após leitura minuciosa, exclusão por repetição de título, 02 artigos refletiam a temática. Uma terceira pesquisa foi realizada com a combinação dos descritores Qualidade de vida “and” Enfermagem “and” Atenção Básica de Saúde, resultando em 14 artigos, destes, 02 se enquadraram na temática, no entanto eram títulos repetidos das buscas anteriores, resultando em 0 artigos nesta associação de descritores. Totalizando o quantitativo de 05 artigos conforme o fluxograma a seguir:

Os artigos analisados foram distribuídos de acordo com o seguinte quadro:

Quadro 1. Estudos selecionados. Guarapuava, PR, Brasil, 2019

Título da Publicação	Autores	Ano da Publicação	Veículo de Publicação	Objetivos da Pesquisa
Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil	Magda Duarte dos Anjos Scherer; Neura Angélica de Oliveira; Denise Elvira Pires de Pires; Leticia de Lima Trindade; Ana Sofia Resque Gonçalves; Monica Vieira.	2016	Revista Trabalho, Educação e Saúde.	Analisar os principais aspectos que fazem com que haja um aumento das cargas de trabalho de técnicos de enfermagem da atenção primária à saúde da região centro-oeste, norte sul do Brasil.
Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida	Ericka Silva Holmes; Sergio Ribeiro dos Santos; Jamilton Alves Faria; Maria Bernadete de Sousa Costa.	2014	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online	Avaliar a repercussão da Síndrome de Burnout na qualidade de vida dos enfermeiros do município de João Pessoa-PB que atuam na Atenção Básica
A produção científica sobre a saúde do trabalhador de enfermagem	Cecília Nogueira Valença; Lorena Mara Nóbrega de Azevêdo; Aline Galúcio de Oliveira; Samuel Sóstenes Araújo de Medeiros; Fernanda Aparecida Soares Malveira; Raimunda Medeiros Germano.bbb	2013	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online	Identificar a produção científica a acerca da saúde do trabalhador de enfermagem
Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim	Erika Simone Galvão Pinto; Rejane Maria Paiva de Menezes; Tereza Cristina Scatena Villa.	2010	Revista da escola de enfermagem da USP	Analisar a situação do trabalhador que atua na Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim/Rio Grande do Norte.

Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na Atenção à saúde da família	Márcia Batista Gil Nunes; Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi; Fábio de Souza Terra; Maria Yvone Chaves Mauro; Regina Célia Gollner Zeitoune; Iara Aparecida de Oliveira Secco.	2010	Revista Enfermagem UERJ	Descrever os riscos ocupacionais dos enfermeiros de Volta Redonda/RJ que atuam na Rede Básica de Saúde
--	---	------	-------------------------	--

A análise dos artigos culminou na identificação de núcleos temáticos de onde emergiram as seguintes categorias: Adoecimento dos profissionais, Relacionamento interpessoal, Riscos ocupacionais e Cargas de trabalho.

#### Adoecimento dos profissionais

O adoecimento dos profissionais de enfermagem é algo decorrente de inúmeros fatores que fazem parte da sua realidade. Existem várias formas de adoecimento, entre elas o físico, que pode ser resultado de excessos de esforços, movimentos repetitivos, alta demanda de trabalho, falta de tempo para descanso, a forma em que o trabalho se encontra distribuído. O adoecimento psicológico é outra forma que é recorrente no ambiente da Atenção Básica de Saúde. O sofrimento do trabalhador que não sente vontade em ir trabalhar, que não sabe se seu adoecimento é físico ou mental, tudo isto é reflexo da sua rotina diária, da falta de pessoal, consequentemente, sobrecarga de outros, falta de recursos materiais e mesmo da forma em que a população também adoecida, cobra o atendimento dos profissionais de enfermagem, o contato é direto, impossível não se abalar<sup>(6)</sup>.

A síndrome do esgotamento profissional, conhecida como síndrome de burnout, tem grande relevância entre os profissionais da área da saúde, pois afeta diretamente a qualidade de vida desta classe de trabalhadores. A síndrome acontece quando, após o desgaste, o trabalhador desiste do trabalho e não há mais satisfação em realizá-lo<sup>(7)</sup>.

Apoio e a devida proteção social para a enfermagem desenvolver suas atribuições são raros, apesar de que, para exercer o trabalho de enfermagem, é neces-



A análise dos artigos culminou na identificação de núcleos temáticos de onde emergiram as seguintes categorias: Adoecimento dos profissionais, Relacionamento interpessoal, Riscos ocupacionais e Cargas de trabalho.



sário ter boa saúde mental e física, a fim de se prevenir acidentes e adoecimentos derivados das suas atividades<sup>(8)</sup>.

O ser humano tem cada vez mais realizado atividades complexas em seu dia a dia e buscado por excelência em tudo que realiza, as responsabilidades emergidas de suas profissões estão acarretando doenças emocionais, psicológicas e físicas. Por ser o profissional da área da saúde um promotor do cuidado, é importante que os mesmos busquem a promoção da própria saúde e bem como, o controle ou prevenção de seus adoecimentos. Uma das medidas contra o estresse do trabalhador que atua na área da saúde são: a musicoterapia, exercícios de relaxamento para a hora de descanso, massagens etc<sup>(9)</sup>.

#### Relacionamento interpessoal

A relação profissional-profissional e profissional-usuário gera diversos conflitos diariamente. A humanização que é cobrada na forma de atendimento para com o próximo, deve ser a mesma no relacionamento entre os profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde e do usuário para os profissionais. A forma de organização do trabalho inadequada ocasiona em acúmulo de tarefas e exaustão dos profissionais, acarretando desgaste no contato com o usuário<sup>(6)</sup>.

O convívio entre pessoas diferentes, no mesmo ambiente de trabalho, com atribuições interdependentes, pode tornar-se um lugar competitivo, fazendo com que haja necessidade de socialização, cordialidade, empatia e ética, ou seja é imprescindível que se tenha uma doação de todos profissionais em prol de uma qualidade de vida melhor<sup>(10)</sup>.

## Riscos ocupacionais

O autocuidado juntamente com o cuidar do próximo, para o profissional de enfermagem, se torna exaustivo e gerador de estresse, quando ocorre alteração nesse processo, que acontece de forma natural<sup>(8)</sup>.

Os riscos ocupacionais, que acometem os trabalhadores de enfermagem, são na maioria das vezes passíveis de prevenção. Esses riscos estão sendo estudados, no entanto, ainda fazem muitas vítimas por pas-sarem despercebidos aos profissionais.

Em um estudo<sup>(11)</sup> realizado no município de Volta Redonda-RJ, de 2008 a 2009, com enfermeiros que atuam na rede básica de saúde, emergiram seis categorias de riscos ocupacionais: físico, de acidente de trajeto, ergonômico, mecânico, psicossocial e biológico. Os riscos ocupacionais são campo de pesquisa da saúde do trabalhador no Brasil, com abordagem para o ambiente seguro para trabalhador, livre de riscos ambientais e com prevenção de fatores que alterem estas condições de qualidade no trabalho.

O profissional de enfermagem está constantemente exposto a riscos em seu ambiente de trabalho na Atenção Básica de Saúde em decorrência das atribuições desempenhadas e do contato direto com o usuário. Estar bem consigo mesmo, em suas melhores condições, já contribui para

a minimização de acidentes ou ausência de erros nesse ambiente de trabalho.

## Cargas de trabalho

A sobrecarga de trabalho, mão de obra sem qualificação e escassa, absentéismo, jornada dupla de trabalho são alguns fatores que afetam a área da saúde e da enfermagem, no Brasil<sup>(12)</sup>.

Ao corpo do trabalhador associa-se a carga de trabalho, que podem manifestar-se nos fatores biológicos e psíquicos, repercutindo em degradação do estado físico e emocional<sup>(6)</sup>.

Para os membros da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária a Saúde, é estabelecido uma carga horária obrigatória de 40 horas semanais de trabalho. No entanto, a realidade do profissional de enfermagem, muitas vezes, é uma associação do trabalho dele na Atenção Básica com jornadas em hospitais. O fator salarial é um dos motivos para que isso aconteça. Outro fator relevante, é o fato de a enfermagem ser composta em sua maioria por pessoas do sexo feminino provedoras de suas famílias.

Um estudo<sup>(13)</sup> realizado em Ceará-Mirim, Rio Grande do Norte em 2007, cujo objetivo era analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais de saúde da ESF desta mesma região, evidenciou que es-

tes profissionais consideravam suas remunerações financeiras insuficientes para atingirem uma qualidade de vida. Consequência disso, buscam em outro vínculo empregatício o complemento para suas necessidades.

## CONCLUSÃO

Mediante a aplicação do método de pesquisa, constatou-se a necessidade de novos estudos acerca da Qualidade de Vida do Profissional de Enfermagem da Atenção Básica de Saúde. Este estudo apresenta como limitação a pequena quantidade de estudos que trata o tema. Espera-se que esta pesquisa venha contribuir para o surgimento de mais pesquisas subsequentes a respeito da temática. Cabe ressaltar a importância de estudos que busquem conhecer e estimar a Qualidade de Vida do Profissional de Enfermagem da Atenção Básica de Saúde, de modo a proporcionar um ambiente seguro para o profissional de enfermagem, livre de riscos de saúde e ambientais prevenindo fatores que alterem as condições de qualidade no trabalho, bem como a valorização deste em termos de remuneração financeira.

Esta pesquisa não recebeu financiamento específico de nenhuma agência de fomento dos setores públicos, comercial ou sem fins lucrativos. 🐣

## Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de ética de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 564/2017, de 06 de novembro de 2017.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário da República Federativa do Brasil, 2017.
3. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Revista ciência e saúde coletiva*. 2000; 5(1).
4. Lobo LMGA, Oliveira FBM. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. *Revista ciência e saberes*. 2015.
5. Amaral JFF. Como fazer uma pergunta bibliográfica. Fortaleza, janeiro de 2007.
6. Scherer MDA, et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na Atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. 2016; 14:89-104.
7. Holmes ES, et al. Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: repercussão na qualidade de vida. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On-line*. 2014; 6(4):1384-1395.
8. Valença CN, et al. A produção científica sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On-line*. 2013; 5(5):52-60.
9. Ribeiro RP, et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 2012; 46(2):495-504.
10. Cardoso CG, Silva LO. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. *Revista Multidisciplinar da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Unigran*. 2014; 8(2):24-33.
11. Nunes MBG, et al. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na Atenção à saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*. 2010; 18(2):204-209.
12. Magalhães AMM, et al. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013.
13. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 2010; 44(3):657-664.

# A Enfermagem no Enfrentamento do Sarampo e Outras Doenças Imunopreveníveis

**RESUMO** | O sarampo é, ainda, uma das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos em todo o mundo, sobretudo as desnutridas e as que vivem em países de baixa renda. Em 2016, o Brasil ganha o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo da Organização Pan-Americana de Saúde, o qual declara o país livre da doença. Contudo, nos últimos três anos, o sarampo volta a ter relevância em Saúde Pública devido ao surgimento de novos casos. O estudo trata-se de uma Revisão Integrativa, apoiada na questão norteadora "Como está sendo a atuação da Estratégia de Saúde da Família frente a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis?". Pretende-se retratar a atuação dos profissionais da Atenção Primária, especialmente dos enfermeiros, frente às doenças imunopreveníveis, a fim de contribuir para um melhor direcionamento na prática de assistência à saúde e evidenciar a importância das atividades educativas em saúde.

**Palavras-chaves:** Sarampo; Atenção Primária à Saúde; Educação em Saúde; Vacinação.

**ABSTRACT** | Measles is also one of the main causes of death in children under the age of five worldwide, especially malnourished children and those living in low-income countries. In 2016, Brazil gains the certificate of eliminating the circulation of the measles virus from the Pan American Health Organization, which declares the country free of the disease. However, in the last three years, measles is again relevant in Public Health due to the emergence of new cases. The study is an Integrative Review, based on the guiding question "How is the Family Health Strategy acting in the prevention and control of preventable diseases?". It is intended to portray the performance of Primary Care professionals, especially nurses, in the face of vaccine-preventable diseases, in order to contribute to a better direction in the practice of health care and to highlight the importance of educational activities in health.

**Keywords:** Measles; Primary Health Care; Health Education; Vaccination.

**RESUMEN** | El sarampión es también una de las principales causas de muerte en niños menores de cinco años en todo el mundo, especialmente niños desnutridos y aquellos que viven en países de bajos ingresos. En 2016, Brasil obtiene el certificado de eliminación de la circulación del virus del sarampión de la Organización Panamericana de la Salud, que declara que el país está libre de la enfermedad. Sin embargo, en los últimos tres años, el sarampión nuevamente es relevante en la salud pública debido a la aparición de nuevos casos. El estudio es una Revisión Integrativa, basada en la pregunta guía "¿Cómo está actuando la Estrategia de Salud Familiar en la prevención y el control de enfermedades prevenibles?". Su objetivo es retratar el desempeño de los profesionales de Atención Primaria, especialmente las enfermeras, frente a las enfermedades prevenibles por vacunación, con el fin de contribuir a una mejor dirección en la práctica de la atención médica y resaltar la importancia de las actividades educativas en salud.

**Descriptores:** Sarampión; Atención Primaria de Salud; Educación Sanitaria; Vacunación.

## Nathália da Costa Melo de Andrade

Graduanda da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

## Rachel de Araujo Costa

Graduanda da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

## Maria Eduarda Fernandes Alves

Graduanda da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

## Isabelle Oliveira Duran

Graduanda da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

## Janaina Moreno de Siqueira

Enfermeira. Mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

## Sheila Nascimento Pereira de Farias

Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

## INTRODUÇÃO

O sarampo, doença infecciosa exantemática aguda, de origem viral, transmissível e altamente contagiosa, é, ainda, uma das principais causas de morte em crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo, sobretudo as desnutridas e as que vivem em países de baixa renda<sup>(1)</sup>. Apesar de se tratar de uma patologia imunoprevenível, no Brasil, por muitos anos, a doença foi protagonista de grandes epidemias, as quais ocasionaram muitas complicações e mortes<sup>(2)</sup>. Em 2016, após décadas de intensa atuação do Ministério da Saúde (MS) em parceria com as

secretarias estaduais e municipais, o país ganha o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o qual declara a região das Américas livre da doença. Contudo, nos últimos três anos, o sarampo passa a ter, novamente, grande relevância em Saúde Pública devido ao surgimento de novos casos, fazendo o país perder o certificado recebido.

O último caso de sarampo no Brasil, antes da entrega do certificado pela OPAS ao MS em 2016, havia sido registrado no Ceará em julho de 2015. Entre 2013 e 2015, de acordo com dados do MS, ocorreram surtos da doença no país decorrente de indivíduos vindos de outros países, sendo registrados 1.310 casos neste período, especialmente nos estados de Pernambuco e Ceará. Deste total de casos, 224 foram confirmados no estado de Per-

**Recebido em:** 09/03/2020

**Aprovado em:** 11/03/2020

nambuco, havendo interrupção da cadeia de transmissão em 2014, e 822 no Ceará, epidemia ininterrupta por 81 semanas epidemiológicas, de dezembro de 2013 a setembro de 2015. No entanto, as ações de enfrentamento, como a intensificação das estratégias de vacinação, foram realizadas com eficácia, de forma a interromper de maneira significativa a cadeia de transmissão da doença, mantendo-a distante da realidade dos brasileiros até 2017.

Em 2017, decorrente dos dramas políticos, econômicos e sociais vivenciados pela Venezuela – país que faz fronteira com o Brasil e que vivenciava naquele ano um surto de sarampo –, muitos foram os venezuelanos que migraram de forma ilegal ao Brasil em busca de refúgio, o que proporcionou forte reemergência do sarampo em solo brasileiro pelo vírus de genótipo D8, trazido da Venezuela. Casos de sarampo em venezuelanos que adentraram no estado de Roraima foram confirmados, o que desencadeou, pouco tempo depois, um surto da doença em todo o estado, que se estendeu para o Amazonas no ano seguinte, onde se difundiu em maior proporção.

O número de casos confirmados da doença em Roraima e no Amazonas, de acordo com o Informe n.º 36 do MS, atualizado em 24 de janeiro de 2019<sup>(3)</sup>, foi de 355 no estado de Roraima e 9.803 no Amazonas. A doença, entretanto, não se delimitou apenas nestes dois estados, a propagação se expandiu de forma a ter repercussão em outras nove unidades federadas, como Pará (62 casos), Rio Grande do Sul (46 casos), Rio de Janeiro (19 casos), Sergipe (4 casos), Pernambuco (4 casos), São Paulo (3 casos), Bahia (3 casos), Rondônia (2 casos) e Distrito Federal (1 caso), resultando em um total de 10.302 casos confirmados de sarampo no país.

Do total de casos confirmados de sarampo, doze óbitos pela doença foram confirmados, sendo registrados seis no Amazonas, onde quatro ocorreram em menores de um ano de idade; quatro em Roraima e todos em menores de cinco anos de idade e dois no Pará, ocorridos

em menores de um ano de idade. Desta forma, a maioria dos óbitos que foram registrados até o momento foram de infantes, ou seja, crianças na faixa etária de um a três anos de idade, fato evidencia a baixa adesão dos pais à vacinação de seus filhos. Segundo dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do MS, nos últimos dois anos a meta de ter 95% da população de crianças vacinadas não foi alcançada e tem índice de vacinação mais baixo em dezesseis anos.

Apesar de todos os esforços do MS para o controle desta doença no país, através das atividades de prevenção e controle, nota-se, portanto, a importância, diante deste cenário atual, o investimento improporcionável para uma boa atuação dos profissionais das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) em prol ao enfrentamento do sarampo e outras doenças imunopreveníveis de modo geral, qual vise o aumento gradual da adesão da população à vacinação, tendo em vista que a APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, quando o foco diz respeito à captação e à conscientização da comunidade para a prevenção de epidemias de doenças imunopreveníveis, como o sarampo.

Neste sentido, a pretensão deste estudo se baseou em identificar através de um levantamento bibliográfico na literatura científica, em produções nacionais e internacionais, evidências apoiadas na questão norteadora “Como está sendo a atuação da Estratégia de Saúde da Família frente a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis?”, com a finalidade de contribuir para um melhor direcionamento na prática de assistência à saúde, na área da APS, ao constatar como está sendo a atuação dos profissionais, em especial dos enfermeiros, frente às doenças imunopreveníveis, evidenciando a importância das atividades de educação em saúde para a população, e apontar a necessidade de mais estudos sobre a atuação da APS neste contexto caso evidenciado insuficiência de estudos acerca

desta temática, contribuindo também, para a área da enfermagem voltada para projetos de pesquisa e extensão.

## METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), que é um método de pesquisa bibliográfica em saúde que reúne informações e resultados obtidos acerca de um determinado assunto e dentro de um recorte temporal delimitado, de estudos disponíveis na literatura científica, o que contribui para o aprofundamento da temática pesquisada, dá suporte para o direcionamento na prática e, aponta, quando evidenciado, a necessidade da realização de novos estudos.

Na primeira etapa da pesquisa, formulou-se a questão norteadora anteriormente citada, que se baseou na possibilidade que a RI oferece de detectar como está sendo a atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial dos enfermeiros, frente a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, a fim de contribuir para uma prática assistencial na APS, principal porta de entrada do SUS, baseada em evidências científicas.

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca on-line em periódicos com indexação nacional e internacional, nas seguintes bases de dados: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE), consultadas através do site Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

No processo de busca das bibliografias relacionadas com o tema, foram utilizados os seguintes descritores na língua portuguesa: “Sarampo”, “Atenção Primária à Saúde”, “Educação em Saúde” e “Vacinação”. Os descritores utilizados foram todos combinados entre si com o emprego do operador booleano “AND”, ferramenta disponível de busca avançada.

Após a busca nas bases citadas com os descritores selecionados, na segunda



etapa da pesquisa, definiu-se os critérios de inclusão da amostra encontrada: artigos completos e disponíveis na íntegra gratuitamente, publicados no período de 2013 a 2018, nos idiomas inglês, português ou espanhol, contendo os descritores da RI no título ou no resumo, artigos originais e revisões. Foram excluídos: artigos repetidos, que não tinham pertinência com o tema da RI, que não faziam menção ao Brasil, sem textos completos disponíveis gratuitamente, dissertações, teses, monografias e livros.

Foram encontrados 35.012 artigos, sendo a maioria deles publicados na MEDLINE (22.660 artigos), sem a utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Com a aplicação de inclusão, este número caiu para 5.381 artigos, dos quais 3.380 publicados na MEDLINE, 1.259 na LILACS e 242 na BDNF. Na terceira etapa da pesquisa, com a aplicação dos critérios de exclusão, descartou-se, então, diversos artigos restando apenas após esta pré-seleção, dezesseis artigos.

Em seguida, na quarta etapa da pes-

quisa, fez-se a leitura analítica dos artigos pré-selecionados, fechando uma seleção secundária com aqueles que mais se adequaram ao tema da RI, restando, então, cinco artigos, sendo três destes publicados na LILACS e dois publicados na BDNF.

Para a melhor visualização de todo o processo de seleção da amostra, elaborou-se o fluxograma apresentado na Figura 1.

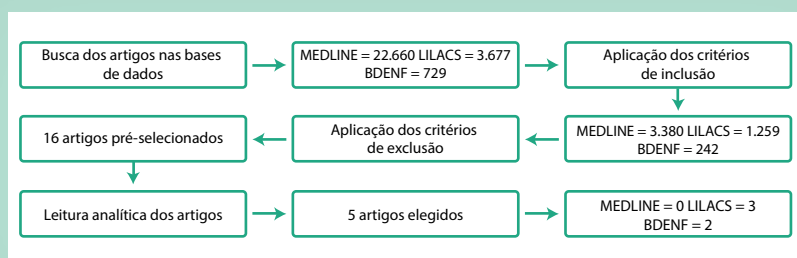
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por sete artigos e a apresentação dos resultados encontrados está assim estruturada:

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos artigos selecionados para a RI, segundo o número de identificação do artigo, ano de publicação, autor(es), o título da publicação, o periódico, o país de origem, o idioma e a base de dados em que foi publicado.

No Quadro 1, há artigos publicados durante o período de 2013 a 2018, re-

**Figura 1. Fluxograma da RI, seleção de artigos nas bases de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019**



**Quadro 1. Caracterização da amostra de artigos da RI. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2013 – 2018.**

Nº	Ano	Autor(es)	Título	Periódico	Idioma	Base de dados	País
1	2015	Renata Evangelista Tavares, Florence Romijn Tocantins.	Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis <sup>(4)</sup> .	REBEn (Revista Brasileira de Enfermagem)	Português	LILACS	Brasil
2	2014	Deyse Rodrigues de Souza Andrade, Elisiane Lorenzini, Eveline Franco da Silva.	Conhecimento de Mães Sobre o Calendário de Vacinação e Fatores que levam ao Atraso Vacinal Infantil <sup>(5)</sup> .	Rev. Cogitare Enferm. (Revista Cogitare Enfermagem)	Português	LILACS	Brasil
3	2015	Marla Geórgia Monteiro Barros, Michelle Caroline da Silva Santos, Raphaella Patrícia Torres Bertolini, Valderlane Bezerra Pontes Neto, Maria Sandra Andrade.	Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012 <sup>(6)</sup> .	Rev. Epidemiol. Serv. Saúde (Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde)	Português	LILACS	Brasil
4	2017	Suellen Barbosa Assad, Marcos Paulo Fonseca Corvino, Sílvia Cristina Pereira dos Santos, Elaine Antunes Cortez, Florseny Leonardo de Souza.	Educação Permanente em Saúde e Atividades de Vacinação: Revisão Integrativa <sup>(7)</sup> .	Rev. Enferm. UFPE on-line	Português	BDNF	Brasil
5	2015	Suellen Gomes Barbosa Assad, Marcos Paulo Fonseca Corvino.	A Educação Permanente em Saúde no Contexto do Programa Nacional de Imunizações: Minimizando Oportunidades Perdidas <sup>(8)</sup> .	Rev. Enferm. UFPE on-line	Português	BDNF	Brasil

corte temporal definido para a pesquisa realizada. O ano de 2015 concentra o maior número de artigos, sendo 03 deles publicados neste ano. Nos anos de 2014 e 2017 foi publicado apenas 01 artigo e, nos demais anos do recorte temporal, não foi realizada qualquer produção sobre o tema na forma de artigo científico. Todos os artigos foram publicados no idioma português e todos tendo como país de origem o Brasil, em razão de

ser um dos critérios de exclusão eleger apenas os artigos que fizessem menção a este país. Entre as bases de dados utilizadas, nenhum artigo que se relacionasse com o tema da RI foi encontrado na MEDLINE e todos os artigos encontrados na BDEF foram publicados na Revista de Enfermagem UFPE on-line.

O Quadro 2 apresenta características de cada artigo que foi utilizado, sendo 02 no modelo de estudo descritivo,

02 de revisão integrativa e 01 de pesquisa qualitativa de campo. Os objetivos são variados, sendo eles: 03 artigos são pautados a respeito de fatores de perdas vacinais sendo mencionado, a relevância da educação em saúde no processo; 01 sobre a atuação do enfermeiro no processo de vacinação e erradicação de doenças e 01 sobre conhecimento das mães que possuem caderneta vacinal atrasada dos seus filhos.

**Quadro 2. Caracterização dos artigos da RI quanto aos seus objetivos, tipo de estudo, resultados, conclusões e recomendações. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2013 – 2018.**

Nº	Objetivos	Tipo de estudo	Resultados	Conclusões
01	Examinar a atuação do enfermeiro em doenças que são imunopreveníveis, no controle e erradicação das doenças.	Revisão integrativa	Foram eleitos 5 artigos e foi possível observar que as ações como técnicas, práticas e teóricas realizadas foram pautadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no Manual de Procedimento de Vacinação (MPV).	O estudo teve a oportunidade de comprovar a importância da junção da PNAB e da MPV, mostrando a importância da associação de conteúdos teóricos na prática para atuação do enfermeiro.
02	Analisar o conhecimento de mães com cadernetas vacinais dos seus filhos, que de acordo com PNI, estão desatualizadas e suas possíveis razões.	Estudo descritivo	Foram entrevistadas mulheres com idade entre 18 e 49 anos, a maioria era casada ou em união estável, com renda média de R\$ 800,00 e com número de filhos entre um e sete.	Foi possível analisar o nível de conhecimento das mães e fatores que implicam no atraso vacinal, sendo eles situações do cotidiano, como falta de tempo, situações de saúde e acessibilidade. Porém como fatores também foram colocadas em pauta, a falta de imunobiológicos na unidade e o desacordo de informações de alguns profissionais, que orientaram de formas diferentes. Sendo importante que, profissionais estejam alinhados em conhecimentos e que a caminhada seja ao lado, não em sentidos opostos. Sem esquecer a importância do enfermeiro na sala de vacina, sendo o veículo de informação, conduzindo o conhecimento às mães.
03	Análise da atuação da atenção básica e possíveis motivos pela perda da vacinação.	Estudo descritivo	Foram analisadas 18 unidades básicas de saúde, onde foi averiguado as cadernetas vacinais com atraso de crianças de até 1 ano de idade, no ano de 2012. Dentre as 300 cadernetas, 120 apresentaram atraso vacinal, ademais, também foram entrevistados 33 profissionais.	Foi possível observar alguns profissionais que necessitavam de uma atualização sobre questões vacinais, como os eventos adversos pós-vacinação, fora notado algumas falhas nas orientações e comunicações prestadas as famílias que por fim acaba comprometendo a cobertura vacinal. Imperfeições nas salas de vacinação foram percebidas, como, o não uso exclusivo da sala para vacinação e condições físicas inadequadas.
04	Analisar trabalhos acerca da relevância da Educação em Saúde junto a imunização e as perdas de oportunidade de vacinação.	Revisão integrativa	Foram selecionados, 8 artigos que foram enumerados em um formulário, realizados em amplos países como: Austrália, França, Estados Unidos, Espanha, sendo o Brasil, exordial. Os artigos pautaram a crescente produção de estudos acerca do assunto. Os artigos destacaram sobre a importância da atualização de conhecimentos dos profissionais e a Educação em Saúde.	O estudo faz uma reflexão acerca do que realmente é necessário para que haja conscientização da população. É necessário que além da Educação em Saúde, o profissional crie senso crítico para adaptar as estratégias nas situações vividas de acordo com a realidade da comunidade.

05	Apresentar um projeto de educação em saúde acerca de oportunidades perdidas de vacinação do calendário vacinal em uma Unidade de Saúde da Família (USF).	Pesquisa qualitativa de campo	Foram entrevistados 13 profissionais de saúde que atuam na unidade. O estudo teve como intuito, demonstrar a importância da educação em saúde nas práticas vividas na unidade e como isso pode interpor as OPVs.	A educação em saúde tem a chance de modificar a realidade vivida pela unidade, de forma que, fortalece ambos lados, o lado técnico profissional e o lado do cliente. De forma que, você capacita o seu cliente, concedendo-lhe autonomia no processo saúde-doença.
----	--	-------------------------------	--	--

No que diz a resultados, foi achada a importância do embasamento de técnicas e práticas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no manual de procedimento de vacinação. Foram apresentados motivos de atraso vacinal em mulheres com idade entre 18 e 49 anos, que tem de 1 a 7 filhos, com renda em torno de R\$ 800,00, que apresentaram atraso vacinal. A maioria apontou como fatores, a rotina corrida que elas têm, a falta de comunicação da equipe e ausência de insumos na unidade. Assim como o artigo de avaliação<sup>(9)</sup> que analisou 18 unidades, com 33 profissionais e 300 cadernetas, dentre elas 120 possuíam atraso vacinal, onde foi indicado como causas: a falta de orientações e comunicação com os clientes e as condições físicas apresentadas pela unidade, como falta de imunobiológicos e salas de vacinações que não seguiam as normas da PNI.

Os últimos 02 artigos analisados falam sobre a educação em saúde, porém foram realizados de formas diferentes, 01 como revisão integrativa, apresentando oito artigos de amplos países como França, Espanha, Estados Unidos, Austrália e Brasil, que foi apontado como o exordial em relação às publicações acerca desse tema. Falando não apenas sobre a importância da educação em saúde, mas como a adaptação dessa orientação em momentos práticos e do cotidiano, onde é necessário adaptar a cada realidade pessoal do cliente. O segundo artigo que fala sobre educação em saúde obteve resultados baseados na entrevista, foram entrevistados 13 profissionais que baseado nas práticas vividas pela unidade, apontaram a importância da Educação em Saúde

como fator de diminuição de perdas de oportunidade de vacinação.

Os artigos obtiveram conclusões semelhantes, tais como que a educação em saúde é um importante veículo para capacitação, tanto dos profissionais, na atualização dos conhecimentos inerentes, como da comunidade, onde é possível colocar o cliente como fator essencial no processo de saúde. Concedendo-lhe autonomia e fortalecendo o autocuidado. Também foi pautado sobre as características da unidade, não podendo esquecer que, as circunstâncias em que a unidade se encontra, também podem ser condições para o insucesso do processo de imunização.

Tendo como base os dados que apontam para uma forte reemergência de sarampo no Brasil nos últimos anos, devido aos diversos casos registrados da doença, quais se iniciaram na Região Norte do país, entre os anos de 2017 e 2018, nos estados de Roraima e Amazonas – pelo vírus de genótipo D8, importado da Venezuela – difundindo-se de forma ampla para outras nove unidades federadas e resultando em muitas complicações e doze óbitos, sendo dez destes em crianças entre zero a cinco anos de idade, torna-se evidente a importância para a área da APS, a identificação de estudos que demonstrem como está sendo a atuação dos profissionais da ESF, principalmente dos enfermeiros, no enfrentamento das doenças imunopreveníveis, em especial, desta grave patologia, tendo em vista a baixa adesão da população brasileira à vacinação.

É através dos resultados de estudos científicos que são traçadas as estratégias assistenciais mais adequadas dentro de um determinado contexto. Portanto,

compreender como está sendo a atuação da ESF dentro deste contexto de doenças imunopreveníveis, é de extrema relevância para os profissionais que atuam na área, para que possam implementar na sua prática assistencial informações obtidas dos resultados deste estudo científico e identificar em sua atuação possíveis faltas, obtendo, com isso, melhoria na qualidade da assistência ofertada na APS e na prevenção e controle de epidemias de doenças imunopreveníveis. A prática baseada em evidências deve estar sempre presente em todos os níveis de assistência de enfermagem, quando o cuidado é prestado tendo como eixo norteador esta metodologia, as intervenções tornam-se mais efetivas e os resultados positivos.

No artigo sobre “Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis”<sup>(4)</sup>, é explicitado que no Brasil existe ainda diversas doenças imunopreveníveis que assolam a população e, dentro deste contexto, o PNI visa contribuir para o controle e erradicação destas doenças, mas, para atingir este propósito são necessárias ações desenvolvidas principalmente pela equipe de saúde que atua na APS, ações estas que envolvem, principalmente, a disponibilização adequada de imunobiológicos, a vacinação propriamente dita, a avaliação da situação epidemiológica e a educação em saúde. E, que o enfermeiro como integrante da equipe, tem o compromisso de realizar atividades que visem a saúde, atendendo tanto as diretrizes impostas pelo PNI quanto as da PNAB.

O estudo propôs responder quais as ações são desenvolvidas pela enfermagem para o controle das doenças

imunopreveníveis e se o enfermeiro na APS contribui para o controle e a erradicação de doenças imunopreveníveis na área de abrangência da unidade em que atua. Como resultado deste estudo, foi visto que os enfermeiros, dentre todas as atividades para o controle de doenças imunopreveníveis, executam, principalmente, as ações de atualização do cartão de vacinação dos usuários e de orientação do usuário do serviço de saúde, qual visa submetê-lo ao procedimento técnico, a vacinação. Neste sentido, o estudo destacou que, os enfermeiros estão mais centrados na técnica, ou seja, na vacinação em si, do que no contexto de vida da população adscrita, o que indica uma falta de diálogo, falta de amorosidade, de problematização e de construção compartilhada de conhecimentos entre o profissional e os usuários.

A partir desta análise feita pelos autores deste estudo, destaca-se a importância de os profissionais estarem mais alertas sobre a importância de se ter um olhar atento para o contexto de vida em que os usuários estão inseridos e de se ter uma escuta ativa que possibilite, por exemplo, a visualização do contexto de vida em que este usuário está inserido, um olhar atento e uma escuta ativa são essenciais para a compreensão da complexidade humana e para uma assistência de enfermagem significativa. É comum, muitas vezes, se priorizar a doença e não a pessoa em si e os profissionais da enfermagem enquanto se encontram restritos ao modelo biomédico, ou seja, centrados no aspecto tecnicista, encontraram-se impossibilitados de prestarem uma assistência em saúde sob perspectiva integral.

Não obstante, apesar de sua importância histórica, a vacinação, porventura não fora contemplada em primeiro plano pelos profissionais, uma vez que, apesar de se tratar de uma relevante estratégia para a prevenção de enfermidades, em toda a sua história foi alvo de críticas de determinados grupos que não acreditam em sua eficácia. Atualmente, muitos ainda são os mitos que circulam entre a



Não obstante, apesar de sua importância histórica, a vacinação, porventura não fora contemplada em primeiro plano pelos profissionais, uma vez que, apesar de se tratar de uma relevante estratégia para a prevenção de enfermidades, em toda a sua história foi alvo de críticas de determinados grupos que não acreditam em sua eficácia.



população acerca deste tema, apesar de todo o sucesso alcançado pelas vacinas ao longo dos anos com o controle e até mesmo erradicação de algumas doenças. Por esta razão, fica evidente que é imprescindível que os profissionais estejam mais sensíveis ao contexto de vida da sua população, para que a educação em saúde seja melhor contemplada com a elaboração de atividades que estimulem a prevenção e a promoção da saúde através do engajamento da população e a sua participação, em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida. Ao educar para a saúde, o profissional e a comunidade contribuem de forma decisiva na formação de cidadãos capazes de atuar em favor da melhoria dos níveis de saúde pessoais e da coletividade<sup>(10)</sup>.

Reforçando a importância da educação em saúde, o artigo “Conhecimento de Mães Sobre o Calendário de Vacinação e Fatores que Levam ao Atraso Vacinal Infantil”<sup>(5)</sup>, aponta que as mães participantes da pesquisa verbalizaram ter algum conhecimento sobre vacinação infantil ao evidenciar que a vacinação é responsável por prevenir doenças e que a sua ausência propicia vulnerabilidade à doenças, apesar disto, demonstraram possuir conhecimento insuficiente, pois não sabiam, por exemplo, quais doenças são passíveis de prevenção. De acordo com alguns estudos, o saber insuficiente das mães pode interferir nos cuidados com a saúde da criança, tendo em vista que pessoas com menor nível de instrução escolar têm maior dificuldade na compreensão das informações recebidas. O saber insuficiente das mães sobre o processo de vacinação propicia que tal não tenha atribuída a devida importância e justifica, portanto, o descaso no cumprimento do calendário de vacinação infantil.

O estudo apontou atraso em sete vacinas, entre estas, a tríplice viral, vacina responsável pela imunização contra o sarampo e, apesar de apontar também outras intercorrências que justificam o atraso vacinal infantil neste estudo, os autores destacam, principalmente, o grau

de instrução das mães como forte influência para o não cumprimento da agenda vacinal, e que diante disto, a atuação da enfermagem na sala de vacinação exige um cuidado que contemple, em especial, a educação em saúde, uma vez que o profissional da enfermagem é quem consegue, em razão de sua atuação, ter maior vínculo com os usuários dos serviços de saúde e, portanto, direcionar os responsáveis das crianças para que tenham conhecimento da importância vacinal para a prevenção de epidemias como as que estão ocorrendo na atualidade com a propagação do sarampo.

Já no artigo “Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012”<sup>(6)</sup>, foram apresentadas outras razões que podem contribuir para a baixa adesão à vacinação que vão além das causas citadas no estudo anterior, dentre estas, destacou-se a falta de organização das salas de vacinas. O estudo discorre que as salas de vacinação não eram exclusivas para a sua finalidade, apresentavam falta de gerenciamento e de identificação. Além disso, este estudo também destaca como justificativa para a baixa adesão, a não ocorrência de vacinação em situações consideradas oportunas, como por exemplo, caso de desnutrição, diarreia leve, tosse ou coriza, entre ou-

tras; a não vacinação da criança quando a ausência/esquecimento da caderneta de vacinação; desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) e conhecimento insuficiente, também por parte dos profissionais, no que diz respeito aos efeitos adversos pós-vacinação, fator que pode comprometer a adesão da comunidade à vacinação.

Apesar de a grande parte dos profissionais entrevistados neste estudo possuírem ou estarem cursando Ensino Superior e terem uma experiência profissional como vacinador superior a quatro anos, demonstram ter importantes déficits em conhecimentos e condutas para a atuação na sala de vacinação, déficits estes que propiciam a chamada “oportunidade perdida de vacinação” (OPV). A partir disto, mais uma vez, se fala da importância da educação em saúde, só que agora não apenas em um contexto voltado para o esclarecimento do usuário, mas voltada também para o profissional de saúde. Segundo os autores do estudo, a educação em saúde se trata de uma importante ferramenta da atenção básica e a valorização da educação continuada em saúde (ECS) dos profissionais, é fundamental para minimizar as OPVs, tendo em vista que a ECS reflete o conceito de que “nunca se é tarde para aprender” e estimula,

portanto, o profissional a fazer uma atualização ou aquisição de conhecimentos pertinentes a sua prática.

Neste mesmo sentido, o artigo “Educação Permanente em Saúde e Atividades de Vacinação: Revisão Integrativa”<sup>(7)</sup> reforça também a importância da ECS para profissionais atuantes na sala de vacinação a partir dos resultados obtidos dos estudos selecionados na revisão, no entanto, além da ECS anteriormente citada, é ressaltado também que, o profissional deve desenvolver uma consciência crítica, fortalecida pela aquisição de novos conhecimentos, conquistada por meio das mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas e de sua transformação pessoal, profissional e social, o que se traduz em educação permanente em saúde (EPS), uma ferramenta essencial para pensar e agir no trabalho de enfermagem.

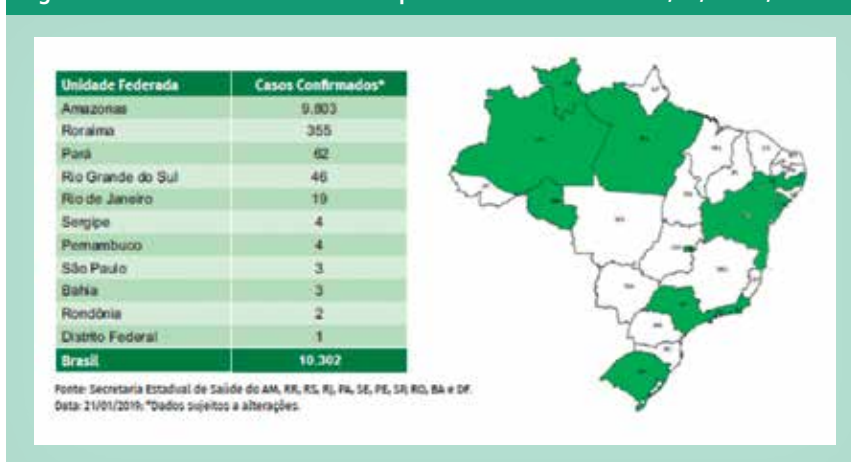
Por último, o artigo “A Educação Permanente em Saúde no Contexto do Programa Nacional de Imunizações: Minimizando Oportunidades Perdidas”<sup>(8)</sup>, se trata de um planejamento de uma ação para ser aplicada na prática com o objetivo de tentar minimizar as oportunidades perdidas de vacinação. Neste contexto, o estudo propõe, assim como o estudo anterior, a EPS como elemento fundamental para contribuir na transformação das práticas do SUS.

Ainda neste contexto, equitativamente, a exemplo na Figura 2, vale a reflexão sobre as políticas públicas vigentes para que possam ser repensadas, visto que até janeiro de 2019, no Brasil, houve um aumento progressivo de casos de sarampo e os surtos extrapolam as fronteiras dos estados do Amazonas, Roraima, e seguem pelas Unidades Federadas, onde foram confirmados casos de sarampo, segundo dados oficiais notificados pelas secretarias estaduais de saúde, totalizando 10.302 casos confirmados de sarampo no Brasil<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSÃO

Pôde-se averiguar que, apesar de muito estar sendo feito pelo MS para se obter o

Figura 2. Casos confirmados de Sarampo no Brasil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do AM, RR, RS, RJ, PA, SE, PE, RO, BA e DF.

controle e a prevenção das doenças imunopreveníveis através da vacinação em massa da população, diariamente parte da população vai à procura dos serviços de saúde nas unidades de ESF e os profissionais responsáveis por sua saúde deixam de garantir-lhes a imunização, caracterizando as OPVs. Ao mesmo tempo, muitos indivíduos deixam de buscar sua unidade de APS de referência para imunizarem-se, resultando em uma baixa ou a uma não adesão à vacinação. Ambas as situações ocorrem em razão de os profissionais de enfermagem não contemplarem de forma suficiente a educação em saúde, uma vez que a vacinação requer um cuidado que contemple esta ferramenta.

Em reflexo a isto, evidencia-se a necessidade da adoção de práticas de educação em saúde, seja para o esclarecimento da comunidade e o seu engajamento e participação em assuntos relacionados à saúde e qualidade de vida, seja no contexto de ECS e EPS para a transformação da assistência em saúde oferecida na APS, com a finalidade de, a longo prazo, o Brasil atingir índices satisfatórios de imunização de sua população e obter, novamente, o controle novamente das doenças imunopreveníveis que se encontravam controladas há pouco tempo atrás, como o sarampo.

Indubitavelmente, em 2019, temos um retrato dicotômico da não prática e da prática de medidas de educação e saúde pela Enfermagem e sua importância, considerando que foram confirmados 15 óbitos por sarampo no Brasil dentre eles, óbitos confirmados, apenas dois apresentaram registro de vacinação contra o sarampo. Seis óbitos (40%) ocorreram em menores de um ano de idade, dois (13,3%) em crianças de 1 ano de idade e sete (46,7%) em adultos maiores de 20 anos. Nos Estados que apresentaram casos confirmados, o coeficiente de incidência foi de 3,8/100.000 habitantes em contrapartida evidencia-se entre as crianças menores de um ano de idade, o coeficiente de incidência 10 vezes maior ao registrado na população geral, o que atribui um risco extremamente superior a essa população<sup>(9)</sup>. Assim afirmo de atenuar esse risco, em agosto deste mesmo ano, como ação de política pública que o Estado deve exercer, o Ministério da Saúde instituiu a dose zero para crianças de seis meses a 11 meses e 29 dias. No entanto não contemplou o restante da população que também é acometida pela doença, o que poderia ajudar na erradicação, e ainda é importante esclarecer que mesmo para este nicho, apenas essa dose não garante a proteção necessária contra o sarampo.

Ainda neste contexto, adverte-se em relação a quantidade de artigos disponíveis atualmente na literatura científica acerca do tema pinçado no cerne das doenças imunopreveníveis, visto que, ao tentar dar destaque ao sarampo, uma das propostas desta RI, observou-se de certo em razão do sarampo ter passado um período erradicada, que ocasionalmente possa não ter havido produções científicas com esse tema durante esse tempo. Nesse sentido, mostrou-se diminuto, assim ressaltou-se mais a atuação do enfermeiro na prevenção de doenças imunopreveníveis de um modo geral do que unicamente do sarampo, o que indica a necessidade de mais estudos sobre a atuação da ESF na prevenção das doenças imunopreveníveis no atual cenário. A elaboração de mais estudos com esta pertinência temática, apontará para outras questões que eventualmente também necessitem de maior atenção por parte dos profissionais, além de, proporcionar maior embasamento nas evidências explicitadas neste estudo, ou seja, a ampliação deste repertório possibilitará que a educação em saúde tenha maior visibilidade e, sejam, portanto, mais aplicadas neste contexto. 🌱

## Referências

1. Moura ADA, Carneiro AKB, Braga AVL, Bastos ECSA, Canto SVE, Figueiredo TWS, et al. Estratégias e resultados da vacinação no enfrentamento da epidemia de sarampo no estado do Ceará, 2013-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 28]; 27(1): e201634310. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000100600&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100600&lng=en).
2. ED Santos. *Eliminação do Sarampo no Brasil*. (Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva da UNB), 1997.
3. Ministério da Saúde (BR). Informe n.º 36: Situação do Sarampo no Brasil – 2019 [Internet]. Brasília-DF: 24 de janeiro de 2019 [acesso em 10 jan 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf>.
4. Tavares RE, Tocantins FZR. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Out [citado 2020 Jan 28]; 68(5): 803-809. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500803&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500803&lng=pt).
5. DRS Andrade, et al. Conhecimento de Mães Sobre o Calendário de Vacinação e Fatores que levam ao Atraso Vacinal Infantil. *Cogitare Enferm.* 2014 Jan/Mar; 19(1):94-100.
6. Barros MGM, Santos MCS, Bertolini RPT, Netto Valderlane BP, Andrade MS. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 Jan 28]; 24(4): 701-710. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000400701&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400701&lng=en).
7. SGB Assad, et al. Educação Permanente em Saúde e Atividades de Vacinação: Revisão Integrativa. *Rev enferm UFPE on-line*. 2017 jan.; 11(Supl. 1):410-21.
8. SGB Assad, MPF Corvino. A Educação Permanente em Saúde no Contexto do Programa Nacional de Imunizações: Minimizando Oportunidades Perdidas. *Rev enferm UFPE on-line*. 2015 dez.; 9(Supl. 10):1623-5.
9. Barros MGM, et al. Perda de oportunidade de vacinação: aspectos relacionados à atuação da atenção primária em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(4):701-710.
10. Ministério da Saúde (BR). Informe n.º 39: Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet] | Volume 50 | Nº 39 | Brasília-DF: 2019 [acesso em 15 dez 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2019/dezembro/27/Boletim-epidemiologico-SVS-39-FINAL.PDF>.

# Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto

**RESUMO** | Objetivo: Verificar se as tecnologias não invasivas apresentadas as gestantes durante o pré-natal promovem o protagonismo no pré-parto e parto. Metodologia: Estudo de campo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, Parecer n.º 3.208.521. Resultados: Foram feitas 16 entrevistas com mulheres jovens, 68,75% referiram ser solteiras, com um filho (62,5%) e parto nos últimos 12 meses. Verificou-se que as mulheres vinculam tecnologias não invasivas ao conceito de parto humanizado; que a presença de um acompanhante se tornou demanda social e vai de encontro ao direito e protagonismo da mulher no momento do parto; que a incidência dos procedimentos invasivos diminuíram, porém continua a existir e causar a insatisfação das mulheres. As tecnologias alternativas reconhecidas foram a deambulação, a movimentação, o banho, a música e chamou atenção para o não reconhecimento da bola suíça, recomendado na rede Cegonha. Por fim, a satisfação das mulheres esta interligada a uma experiência mais tranquila e natural, enquanto a insatisfação a utilização de procedimentos invasivos, a falta de orientação e acompanhante, ainda persiste. Conclusão: Observou-se que o enfermeiro deverá focar mais em ações educativas voltadas ao reconhecimento das tecnologias não invasivas, durante o pré-natal, tornando as mulheres aptas a tornarem-se protagonistas do ato de gerar outro ser humano e de seu próprio corpo.

**Palavras-chaves:** Tecnologias Não Invasivas; Benefícios; Parto; Enfermagem.

**ABSTRACT** | Objective: To verify if the non-invasive technologies presented to pregnant women during prenatal care promote prominence in pre-delivery and childbirth. Methodology: Exploratory-descriptive field study with a qualitative approach, Opinion No. 3,208,521. Results: 16 interviews were conducted with young women, 68.75% reported being single, with a child (62.5%) and giving birth in the last 12 months. It was found that women link non-invasive technologies to the concept of humanized childbirth; that the presence of a companion has become a social demand and goes against the right and protagonism of women at the time of delivery; that the incidence of invasive procedures has decreased, but continues to exist and cause women's dissatisfaction. The recognized alternative technologies were walking, moving, bathing, music and called attention to the non-recognition of the Swiss ball, recommended in the Cegonha network. Finally, women's satisfaction is linked to a more peaceful and natural experience, while dissatisfaction with the use of invasive procedures, the lack of guidance and a companion, still persists. Conclusion: It was observed that nurses should focus more on educational actions aimed at the recognition of non-invasive technologies, during prenatal care, making women able to become protagonists in the act of generating another human being and their own body.

**Keywords:** Non-Invasive Technologies; Benefits; Childbirth; Nursing.

**RESUMEN** | Objetivo: Verificar si las tecnologías no invasivas presentadas a las mujeres embarazadas durante la atención prenatal promueven la prominencia en el parto previo y el parto. Metodología: Estudio exploratorio descriptivo de campo con enfoque cualitativo, Opinión No. 3,208,521. Resultados: se realizaron 16 entrevistas con mujeres jóvenes, 68.75% informaron ser solteras, con un hijo (62.5%) y dar la luz en los últimos 12 meses. Se descubrió que las mujeres vinculan las tecnologías no invasivas con el concepto de parto humanizado; que la presencia de un compañero se ha convertido en una demanda social y va en contra del derecho y el protagonismo de las mujeres en el momento del parto; que la incidencia de procedimientos invasivos ha disminuido, pero continúa existiendo y causa insatisfacción de las mujeres. Las tecnologías alternativas reconocidas fueron caminar, moverse, bañarse, escuchar música y llamaron la atención sobre el no reconocimiento del balón suizo, recomendado en la red Cegonha. Finalmente, la satisfacción de las mujeres está vinculada a una experiencia más pacífica y natural, mientras que la insatisfacción con el uso de procedimientos invasivos, la falta de orientación y un compañero. Aún persiste. Conclusión: se observó que las enfermeras deberían centrarse más en acciones educativas dirigidas al reconocimiento de tecnologías no invasivas, durante la atención prenatal, haciendo que las mujeres puedan convertirse en protagonistas en el acto de generar otro ser humano y su propio cuerpo.

**Descriptor:** Tecnologías no Invasivas; Beneficios; Parto; Enfermería.

## Maria Regina Bernardo da Silva

Mestre em saúde da Família, Docente da Universidade Castelo Branco e UNICBE.

## Halene Cristina Dias Armada e Silva

Doutoranda Uerj, Coordenadora CAP 5.2 RJ

## Camila dos Santos

Acadêmica de Enfermagem Universidade Castelo Branco 10º período.

## Herica da Silva Monteiro

Enfermeira da Universidade Castelo Branco / Sargento Marinha do Brasil.

## Priscila Estevam

Enfermeira / sargento da Marinha do Brasil.

## Aline Ingrid Xavier dos Santos

Enfermeira do Hospital Apice, RJ.

**Recebido em:** 14/02/2020

**Aprovado em:** 14/02/2020

## INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem, as autoras tiveram oportunidade de refletir acerca das tecnologias não invasivas de assistência ao trabalho de parto e parto. Este fato, além do conhecimento, trouxe também a motivação e inquietação em descobrir se estas tecnologias são de conhecimento de gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município do Rio de Janeiro.

O primeiro contato da gestante com o profissional de enfermagem geralmente acontece no diagnóstico da gravidez e durante o acompanhamento do pré-natal, que deve ser realizado o mais precoce possível, ou seja, antes de completar 12 semanas de gestação<sup>(1)</sup>.

Portanto, os cuidados com o bebê começam a partir do momento em que a gravidez é confirmada, através do teste rápido. A partir daí, a mulher passa a ter acesso a consultas de pré-natal, onde recebe orientações e cuidados necessários ao acompanhamento da gestação.

Nas consultas, a gestante é examinada e encaminhada para realização de exames, vacinas e ecografias. São recomendadas no mínimo 6 consultas de pré-natal durante toda a gravidez. Ainda durante o pré-natal, a mulher deve ser vinculada à maternidade em que dará à luz. A mulher tem direito a faltas abonadas no trabalho para ir a consultas e exames do pré-natal<sup>(2)</sup>.

Medidas para aumentar o conforto e reduzir a apreensão durante todas as fases do trabalho de parto devem ter seu início durante a gestação, por meio da educação e aconselhamento durante o pré-natal, para que as mulheres sejam capazes de fazer escolhas<sup>(3)</sup>.

Compreende-se que a vivência da dor pode atribuir ao parto e ao nascimento sentidos negativos. Logo, o conhecimento sobre parto humanizado e das estratégias de alívio da dor podem contribuir para a melhoria do cuidado à mulher em trabalho de parto e parto<sup>(4)</sup>.

Desta forma, o trabalho do enfermeiro nos grupos de gestantes serve para compreender que a gestação é um período também caracterizado por várias crenças relacionadas aos cuidados e práticas que envolvem o binômio mãe-bebê, onde, dependendo da cultura, acabam divergindo umas das outras. Alguns estudos mostram que as crenças e práticas referentes à gestação de pessoas de determinadas culturas diferem do conhecimento dos profissionais de saúde. Algumas práticas acabam interferindo negativamente



Medidas para  
aumentar o  
conforto e reduzir  
a apreensão  
durante todas as  
fases do trabalho  
de parto devem ter  
seu início durante  
a gestação, por  
meio da educação  
e aconselhamento  
durante o pré-  
natal, para que  
as mulheres sejam  
capazes de fazer  
escolhas<sup>(3)</sup>.



e outras podem ser até benéficas. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais de saúde compreendam o meio em que essas gestantes estão inseridas para proporcionar práticas saudáveis e prevenir possíveis práticas prejudiciais que gerem alguma intercorrência<sup>(5)</sup>.

O parto é uma experiência repleta de significados construídos a partir da experiência, cultura e mitos que envolvem a realidade em que cada parturiente está inserida. Por isso, a assistência obstétrica humanizada visa a promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas<sup>(6)</sup>.

Teoricamente, o enfermeiro deve estar preparado para executar a assistência pré-parto e parto de forma humanizada, sendo inclusive já instituídas em algumas maternidades do Estado do Rio de Janeiro – RJ, algumas tecnologias não invasivas de relaxamento. Entretanto, na prática, muitas vezes as parturientes recebem tratamentos não adequados, como xingamentos, descaso e utilização de procedimentos que não são boas práticas na obstetrícia<sup>(7)</sup>.

Na busca por uma assistência mais humanizada ao parto, o Ministério da Saúde instituiu em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), considerada uma política transversal que deve ser praticada em todos os níveis de atendimento e por todos os profissionais da atenção à saúde. Para tanto, este grupo deve estar capacitado para fazer uma abordagem ética, comprometida com a defesa da vida e com a importância e protagonismo do cliente<sup>(8)</sup>.

Inserido nas diretrizes de boas práticas preconizadas pela OMS, o parto humanizado busca lembrar que o processo do nascimento é um evento natural e fisiológico e propõe uma abordagem ética e acolhedora por parte dos profissionais da saúde, promovendo o bem-estar da mãe e da criança<sup>(9)</sup>.

Desta forma, o acesso e o acompanhamento da mulher no período gravídico-puerperal têm trazido grandes melhorias, o direito das parturientes à presença de acompanhante, indicado pela partu-



riente, durante o trabalho de parto, Lei n.º 11.108/2005, parto e pós-parto imediato, nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pesquisas recentes têm mostrado que a presença do acompanhante e o apoio emocional oferecido pelo mesmo proporcionam bem estar físico e emocional à parturiente favorecendo uma boa evolução nesse período, diminuindo os índices de partos complicados, auxiliando a mulher a suportar melhor a dor e a tensão do trabalho de parto e parto, podendo, inclusive, diminuir o tempo de hospitalização mãe-bebê e a ocorrência de depressão pós-parto<sup>(2)</sup>.

Igualmente, as intervenções não farmacológicas são consideradas ferramentas auxiliares na assistência ao trabalho de parto, sendo apoio na redução da dor, estresse, taxa de cesariana, refletindo na qualidade da assistência obstétrica prestada. Para contornar as más práticas, foram inseridas tecnologias não invasivas como as práticas do parto humanizado, incluindo-se as técnicas alternativas de relaxamento, como utilização de posições diferenciadas, banho, massagens, entre outros<sup>(3)</sup>.

As técnicas de relaxamento para parturientes no pré-parto e parto trazem o benefício principal de humanizar este acontecimento tão importante para a mulher, seu parceiro e família, tornando-o uma experiência satisfatória e segura, sem a utilização de práticas desnecessárias e inadequadas.

Contudo, apesar de toda parturiente ter o direito de escolher, junto à equipe multiprofissional, os procedimentos mais adequados ao seu processo de parto, na maioria das instituições de saúde, as decisões sobre os procedimentos a serem realizados são tomadas exclusivamente pelos profissionais de saúde<sup>(10)</sup>.

De forma geral, o conceito de parto humanizado expressa o respeito ao protagonismo e autonomia das mulheres na escolha da via de parto, ao acompanhamento multidisciplinar e ao cuidar baseado em evidências científicas.

Pouco se sabe, entretanto, se a mu-

lher de posse do conhecimento a respeito das tecnologias não invasivas, consegue se colocar como protagonista no momento do pré-parto e parto. Fica demonstrada assim a importância da temática que leva a necessidade de investigar se o conhecimento da parturiente auxilia no empoderamento feminino, já que as boas práticas preconizadas estão sendo realmente colocadas em prática junto às unidades de saúde no Rio de Janeiro.

Considerando os fatos citados, o objeto deste estudo tornou-se: o conhecimento adquirido pelas gestantes durante o pré-natal acerca das tecnologias não invasivas no pré-parto e parto. Tendo como questão norteadora: Qual o conhecimento adquirido pela gestante durante o pré-natal sobre as tecnologias não invasivas e o protagonismo no pré-parto e parto?

O objetivo geral definiu-se como verificar se as tecnologias não invasivas apresentadas às gestantes durante o pré-natal promovem o protagonismo no pré-parto e parto. Complementou-se com os objetivos específicos de identificar o conhecimento a respeito das tecnologias não invasivas adquirido pelas gestantes no período do pré-natal e descrever as dificuldades ou benefícios para as gestantes na implementação do protagonismo gerado pelo conhecimento adquirido no pré-natal.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Conforme descreve estudo<sup>(11)</sup>, o método qualitativo pode ser definido como: estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de atenção primária localizada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro– RJ. A escolha da unidade se deu pelo ambiente acolhedor a novas pesquisas e, além deste fato, a unidade possuir

grande fluxo no pré-natal, o que possibilitou um número satisfatório de puérperas.

As participantes da pesquisa foram 16 mulheres com lactentes até 12 meses de idade, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que se disponibilizaram para entrevista durante a consulta na unidade. Foram incluídas mulheres com filhos de até 12 meses na data da entrevista e exclusão foram as que não quiserem participar e/ou mais de 12 meses de parto.

A coleta de dados utilizou a técnica de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2019 e foi aplicada individualmente às mulheres na consulta puerperal, ginecológica ou na sala de vacina, após aprovação do Comitê de Ética SMS/RJ, sob Parecer de n.º 3.208.521.

A análise de conteúdo foi segundo Bardin, pois, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Ressalta-se ainda a necessidade da organização da análise de conteúdo em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(11)</sup>.

Com a obtenção dos dados, foi feita uma análise do conteúdo através do levantamento das respostas obtidas pelo roteiro de perguntas e da transcrição integral das entrevistas. A seguir, foram selecionadas desse material as ideias mais importantes e relevantes buscando os dados necessários para o alcance dos objetivos da pesquisa. Os dados obtidos através das entrevistas se desdobraram em núcleos ou unidades apresentadas por categorias

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram feitas 16 entrevistas com mulheres na idade de 18 a 38 anos, prevalecendo a faixa etária compreendida entre de 21 a 30 anos 62,5% (10), sendo que 68,75% referiram ser solteiras, com um filho (62,5%) e parto nos últimos 12 meses. Quanto à escolaridade, 6 (37,5%)

das entrevistadas têm nível médio, são moradoras do bairro Campo Grande e Adjacências, onde se encontra a unidade de saúde em questão. Quanto à renda, 9 (56.25%) recebem um salário mínimo; o profissional que acompanhou o pré-natal 14 (93.75%) foi médico, e quanto ao número de consultas 93.75% tiveram 6 ou mais consultas.

Refere-se<sup>(11)</sup> que quanto maior o grau de instrução, menor será o número de intervenções, uma vez que estas pacientes procuram ter mais acesso à informação científica, permitindo o empoderamento frente aos cuidados baseados em evidências. Assim, os profissionais são mais questionados pelas pacientes, desencorajando a realização de alguns procedimentos contraindicados ou potencialmente danosos<sup>(12)</sup>.

O pré-natal inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde<sup>(13)</sup>.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma gestação a termo deve possuir, no mínimo, 06 consultas de pré-natal. O intervalo entre as consultas não deve ultrapassar 08 semanas<sup>(14)</sup>.

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação), além da qualificação da assistência ao parto (humanização, direito de acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê<sup>(2)</sup>.

Abaixo foram descritas categorias.

### Puérperas com Conhecimento acerca das Tecnologias Não Invasivas do Parto

Das entrevistadas, 68.75% afirma não ter recebido orientações sobre tecnolo-

gias não invasivas durante o pré-natal e as que relataram conhecimento (31.25%), foram adquiridos por leituras e por profissionais de saúde. A maioria identifica tecnologias não invasivas vinculadas ao parto humanizado e apenas duas conseguiram explicar e citar tecnologias não invasivas, com o uso da bola e a escolha da melhor posição no momento do parto. Abaixo seguem as falas:

“Sim, pois pesquisei sobre parto na internet e tinha lá” (1)

“São boas técnicas, através do parto humanizado” (2,3,4,5).

A inserção de boas práticas foi uma das estratégias implementadas pela Rede Cegonha para garantir a qualidade dos cuidados no pré-parto e parto. Estas práticas foram introduzidas em 1985 pela OMS.

A OMS desenvolveu em 1996 uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, dirigindo para o que deveria e o que não deve ser feito no processo de parto. O Ministério da Saúde, com o intuito de dar continuidade, implantou em 2000 um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PHPN<sup>(15-17)</sup>.

Essa proposta de humanização resgata a atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, como forma de assegurar uma assistência segura e adequada a cada família<sup>(8)</sup>.

### Presença do Acompanhante no Parto referida pelas Puérperas

Apenas 3 das mulheres entrevistadas não tiveram direito ao acompanhante, relataram trabalho de parto de risco e cesárea de emergência. Mas 81,25%<sup>(13)</sup> tiveram a presença de esposo, mãe, sogra ou irmã durante o parto.

Este é um fator que contribui no alívio da dor nesse período, pois envolve a presença de um acompanhante de escolha da mulher. Logo, entende-se que este é

um aspecto que precisa ser considerado no cuidado à parturiente<sup>(15)</sup>. Ressaltamos efeitos benéficos que o acompanhante desempenha, oferecendo suporte à paciente, tornando a experiência dos partos e nascimentos mais positiva, estando inclusive amparado por lei.

Este parece ser um efeito positivo da lei, já que, ainda, o modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento é predominantemente intervencionista, penalizando a mulher e sua família por ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, e acarretando, como consequência, taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos disponíveis.

Dessa forma, a proposta de humanização da assistência ao parto focaliza duas grandes demandas atuais das mulheres e da sociedade: o direito de ter acesso a um sistema de saúde não apenas público, mas de qualidade, e a possibilidade de atuar durante o parto como protagonistas, exercendo um papel ativo durante todo o processo<sup>(4)</sup>.

### Procedimentos Invasivos na Sala de Parto

Observa-se que 13 (81,25%) das entrevistadas relataram que não houve a utilização de nenhum procedimento invasivo, denotando a adequação das categorias médicas recomendado pelo Ministério da Saúde. Dentre as práticas inadequadas, 3 (18,75%) citaram a utilização da episiotomia e enteroclisma.

A episiotomia, corte transversal, é justificada pela primiparidade das parturientes, bem como para prevenir a ocorrência de lacerações durante o trabalho de parto, entretanto estudos revelam que a ocorrência de infecções é maior quando comparada à laceração natural. O enteroclisma, ou enema, apesar da literatura apontar evidências científicas para a sua contraindicação, sua realização é efetivada devido a aceleração do trabalho de parto e esvaziamento intestinal nos casos em que as mulheres apresentam constipação<sup>(16)</sup>.

Além desses procedimentos específicos, a literatura traz relatos referentes à

privacidade e intimidade das parturientes, onde a parturiente perde sua autonomia e sua privacidade, se tornando submissa à equipe de saúde frente à tantos procedimentos aos quais está exposta. Muitas vezes, tais técnicas são realizadas sem questionar a sua vontade, tampouco com vistas a proporcionar a privacidade, levando à despersonalização do atendimento, principalmente de enfermagem.

As entrevistadas citam ainda a não alimentação, hidratação das parturientes e o uso de ocitocina.

A ocitocina é um hormônio naturalmente produzido pelo organismo para gerar as contrações do útero durante o trabalho de parto e a liberação do leite durante a amamentação. Ele foi sintetizado em laboratório e assim se tornou uma medicação útil, que pode ajudar a salvar vidas, se corretamente indicado. Esse hormônio também pode ser usado para iniciar o trabalho quando ele não ocorre naturalmente, podendo regularizar as suas contrações quando elas não estiverem efetivas e for diagnosticado que o trabalho de parto não está evoluindo de maneira adequada<sup>(20)</sup>.

Apesar da recomendação para a melhor escolha de posição, 81,25% (13) a prevalência da posição litotômica, que não respeita as recomendações do Ministério da Saúde e apenas (03) 18,75% entrevistadas relataram ter escolhido a posição mais confortável durante o parto. Atualmente, até mesmo a caderneta de gestante traz informações sobre o posicionamento no momento do parto, mas este direito muitas vezes ainda não é respeitado.

“Acostumada a ver as mulheres deitadas, mas as posições de cócoras, sentada ou de joelhos são melhores para facilitar a saída do bebê. O canal de parto fica mais curto e a abertura da vagina fica maior, o bebê não aperta a sua barriga e a circulação de oxigênio para ele é melhor. O parto é uma grande experiência para a mulher e o bebê. Pode ser um mo-

mento de grande prazer: a saída do bebê, o fim das contrações e o encontro com esse pequeno ser. Experimente! Encontre a posição que a deixe mais confortável e que favoreça a saída do bebê!”<sup>(16)</sup>.

### Conhecimento das Puérperas sobre Métodos Alternativos para Amenizar a Dor no Trabalho de Parto

Observa-se que 75% das entrevistadas afirmaram desconhecer métodos alternativos para amenizar a dor e somente 25% afirmaram conhecer. Notou-se que a entrevistada que possui um maior conhecimento dos métodos alternativos de alívio da dor, e deles faz relato, é aquela que possui poder econômico acima da média das demais.

Os métodos conhecidos e citados foram:

“Eu andei pelo quarto e também pude tomar banho de chuveiro.

Foi bom!” (Vanessa)

A movimentação e a deambulação durante o trabalho de parto são benéficas. Tais atividades proporcionam a diminuição da dor e aceleram o trabalho de parto, uma vez que retiram o foco da atenção da mulher durante a expressão da dor. Fisiologicamente, essas práticas favorecem uma maior contração uterina e aumentam o fluxo sanguíneo que chega até o feto. Em especial à deambulação da mulher, a ação da gravidade na posição ereta da parturiente aumenta os diâmetros do canal de parto e o ângulo de encaixe, auxiliando na progressão do trabalho de parto<sup>(17)</sup>.

É recomendado encorajar a parturiente para se movimentar até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor se adapte a ela. Não se deve insistir em prescrições de determinadas posições confortáveis, pois a mulher necessita atravessar o processo de auto-descoberta. Assim, quando a mulher descobre o que funciona para ela, encontra

seu próprio ritmo e seus próprios mecanismos de enfrentamento.

“Ah eu tive tudo. Andei no quarto, tomei banho de imersão, cheirinho (aromaterapia), música, massagens e umas luzes diferentes (neon)” (Juliana).

Outra prática recomendada é o banho de imersão. Ao permanecer na água aquecida, o calor ajuda a liberar a tensão muscular e diminuição das dores referentes às contrações uterinas, podendo despertar sensação de bem-estar. Fisiologicamente, a água quente traz o conforto da pele, promove a vasodilatação e a consequente redução das catecolaminas - adrenalina e noradrenalina<sup>(18)</sup>.

Em conjunto com o banho de imersão, é possível a utilização da aromaterapia, pois trata-se de uma terapia alternativa que une o poder das plantas e suas essências. Seu mecanismo de ação estimula a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo. Associada ao banho de imersão, sua ação minimiza a dor, medo e ansiedade demonstrada pelas parturientes<sup>(21)</sup>.

Na prática, banhos de imersão e aromaterapia são alternativas difíceis de utilizar, pois a maioria das alas obstétricas dos hospitais não dispõem de banheiras, necessitando de uma mudança na estrutura física desses locais.

A musicoterapia também é citada como prática alternativa de relaxamento para promover o parto humanizado. A música possibilita um diálogo não verbal, aumentando a tranquilidade das parturientes e proporciona momentos de relaxamento. Essa prática carrega consigo uma segurança para as mulheres, pelo fato de muitas vezes elas já conhecerem a melodia e, dessa forma, as fazendo se sentir à vontade, tornando o momento das contrações mais suportável. Neste caso, observa-se também uma maior dificuldade de implantação, já que grandes hospitais têm diversas parturientes em uma única enfermaria, fato que causaria por si só, grande poluição sonora<sup>(19)</sup>.

Chamou atenção que a bola suíça, disponibilizada em diversas unidades de saúde da Rede Cegonha, não foi citada por nenhuma das entrevistadas, assim como a utilização de gelo (crioterapia), que por observação das autoras deste estudo, é uma prática comum no cotidiano do atendimento em parto e pós-parto no município do Rio de Janeiro<sup>(20)</sup>.

#### Satisfação com a Experiência do Trabalho de Parto

Somente 37,5% (6) informaram experiências positivas e satisfação no trabalho de parto,

Tem-se os seguintes relatos das experiências positivas:

“Positivo, foi muito melhor que o esperado fiquei muito feliz” (Jessica)

“Positivo, o marido ficou junto, fui bem assistida,

“Positiva, do jeito que eu sempre quis, maravilhoso, parto no Graffe” (Juliana)

Estudo<sup>(23)</sup> relata que a utilização de tecnologias não invasivas no momento do parto faz com que a parturiente experimente um estado de relaxamento mais eficaz nos intervalos das contrações, levando a uma evolução mais amena do trabalho de parto, elevando na mulher o limite de tolerância à dor e ao desconforto.

O papel do acompanhante é definido como elemento fundamental para dar suporte emocional. É uma das maneiras da mulher encontrar forças para levar o trabalho de pré-parto e parto de forma mais tranquila, diminuindo a ansiedade e, assim, tornar o nascimento o mais natural possível. Também tem contribuído para a redução de taxas de cesariana, duração do trabalho de parto, incentivo ao aleitamento materno, além de desenvolver na parturiente uma percepção positiva desse processo<sup>(21)</sup>.

Mas as experiências negativas abaixo, 62,5% (10) foram relatos de insatisfação e experiências negativas no parto que re-

“

A assistência pré-natal não deve focalizar apenas no biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades sociais e ambientais da gestante.

”

metem a queixas de dor devido à episiotomia, desconhecimento sobre o trabalho de parto e falta de acompanhante:

“Negativo, pois fizeram aquele corte horrível lá embaixo.

Eu nem conseguia andar. Ninguém me disse que ia fazer.

Quando vi já tinham feito. Nem sei o que doeu mais.” (Alicia)

A episiotomia é justificada pela primariedade das parturientes, bem como para prevenir a ocorrência de lacerações durante o trabalho de parto, porém a ocorrência de infecções relatadas é maior quando comparada a laceração natural. Muitas dessas práticas são associadas a risco de complicações, são dolorosas e seu uso é considerado desnecessário<sup>(22)</sup>.

No Brasil, esse procedimento, corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal, muitas vezes são realizados sem o consentimento da paciente, que não é informada dos riscos nem da necessidade ou efeitos adversos. Essas práticas são atualmente consideradas violência obstétrica<sup>(26)</sup>.

“Negativo, não tive orientação de nada. Tava bem perdida”. (Vanessa)

A assistência pré-natal não deve focalizar apenas no biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante. Para isso, é necessário que os enfermeiros estejam preparados para ouvir as queixas das gestantes e esclarecerem suas dúvidas para melhor oportunizar a educação em saúde e, consequentemente, fazerem com que a mulher participe mais ativamente de ações educativas. Desta forma, ao chegar ao momento do parto, a mulher se sentirá bem mais tranquila e segura quanto a todos os procedimentos que ocorrerão<sup>(23)</sup>.

“Negativo, porque eu queria alguém da minha família junto comigo e minha filha nasceu prematura.” (Paula, Mariana)

Tudo isso leva a acreditar que estimular e facilitar a presença do acompanhante durante o trabalho de parto também é uma prática do enfermeiro que pode ser benéfica para a mulher na medida em que proporciona a ela maior tranquilidade e segurança, já que ela está compartilhando com alguém de sua confiança um momento muito especial, como o nascimento do seu filho.

Fica claro que, independente da via do parto, as mulheres enumeram características da assistência de enfermagem que podem contribuir para maiores níveis de satisfação, quais sejam: a presença de um acompanhante, suporte emocional, orientações no pré natal, ter qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres, o fornecimento de informações

durante a assistência e maior participação das mulheres nas decisões visando a humanização da atenção ao parto.

#### CONCLUSÃO

As mulheres fizeram em média 6 consultas em unidades de saúde, onde foram informadas dos procedimentos do pré-parto e parto e sobre a utilização de tecnologias não invasivas para o alívio da dor.

Entretanto, pode-se identificar que o conhecimento adquirido a respeito da temática ainda foi bastante precário. Apesar do número adequado de consultas e da Rede Cegonha no Rio de Janeiro incluir visitas ao local onde será o parto e informações a respeito de banhos, deambulação, escolha de posicionamento, possibilidade de acompanhante, entre outras, observa-se que no momento do parto poucas mulheres se valem do seu protagonismo e conhecimento para impor seus direitos reconhecidos em lei.

O tratamento e acolhimento estão mais humanizados, sem gritos ou incômodos facilmente reconhecíveis como violência obstétrica, porém, ocorrências como uso de ocitocina e falta de comunicação ou escolha de posicionamento ainda são constantes, chamou atenção a quantidade de mulheres sem acompanhante e que, conseqüentemente, se sentiram desamparadas no momento do pré-parto e parto.

Conclui-se a importância da informação objetiva e clara no pré natal e que o protagonismo da mulher precisa ser repensado e as incertezas e medos se tornem ferreamentas para que possam fazer suas próprias escolhas independentes dos mandos e desmandos na assistência obstétrica.

Por sua vez, o enfermeiro deverá focar mais em ações educativas voltadas ao reconhecimento das tecnologias não invasivas durante o período de pré-natal, tornando as mulheres aptas a tornarem-se protagonistas do ato de gerar outro ser humano e de seu próprio corpo. 🐦

## Referências

1. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Atenção ao Pré-natal. Rio de Janeiro (RJ): SMS; 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e parto. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Cavalcanti AC, Melo OSS, Barbieri M., Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6):686-92.
4. Pinheiro BC, Bittar CML. Expectativas, percepções e experiências sobre parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal Rev. Psicol.* 2013 set./dez.; 25(3):585-602.
5. Sanfelice C, Ressel LB, Stumm KE, Pimenta LF. Crenças e práticas do período gestacional: Uma revisão integrativa. *Revista Saúde. Santa Maria.* 2013; 39(2):35-48.
6. Melo BM, Gomes LFS, Henriques ACP, Lima SKM, Damasceno AKC. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. *Rev Rene.* 2017 May-June; 18(3):376-82.
7. Macedo TSB. Na sala de parto: a necessidade de uma reportagem sobre violência obstétrica [Monografia]. Curso em Jornalismo na Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.
8. Silva TC, Bisognin P, Prates LA. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa, *Labor And Birth Care. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* 2017; 7(1294).
9. Mc Court C. Tecnologias no parto e modelos de cuidado obstétrico. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(Esp):168-77.
10. Monteiro MCM, Holanda VR, Melo GP. Análise do conceito de parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.* 2017; 7(1885)
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
12. Santos CS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP).* 2015 jan./jun.; 5(1):57-68.
13. Araujo MDS, Okasaki ELFJ. A atuação da enfermeira na consulta do pré-natal. *Rev Enferm UNISA.* 2007; 8:47-9.
14. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Gestante. Brasília (DF): MS; 2018.
15. Carvalho IS, Costa Jr. PB, Macedo JPO, Araújo RDT. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. *J Health Sci Inst.* 2013; 31(2):166-71.
16. Takemoto AY, Corso MR. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR;* 2013 mai./ago.; 17(2):117-127.
17. Barbieri LM, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC, Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(5):478-84.
18. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
19. Tabarro CS, Campos LB, Galli NO, Novo NF, Pereira VM. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):445-52.
20. Oliveira LMN, Cruz AGC, A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. *R bras ci Saúde.* 2016; 18(2):175-180.
21. Nascimento NM, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias utilizadas por enfermeiras durante o parto. *Esc Anna Nery (impr.)* 2010 jul-set; 14 (3):456-461.
22. Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Theme MM, Dias MA, Nakamura-Pereira M. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014; 30(Supl. 1):S17-S32.
23. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12(2):477-486.

# Ações/plano de alta da enfermagem à mulher submetida à mastectomia

**RESUMO** | Objetivo: analisar produções científicas de enfermagem dos últimos dez anos que abordem as ações e orientações para o plano de alta de mulheres submetidas à mastectomia. Método: Para a realização da busca de artigos realizou uma revisão sistemática de artigos utilizados - estratégia PICO, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol respectivamente. Resultados: Foram utilizadas 19 publicações para a posterior discussão, onde 15 eram de síntese qualitativa e 4 de síntese quantitativa. Conclusão: A maioria dos artigos evidenciou que as intervenções de enfermagem no plano de alta a mulheres submetidas à mastectomia foram baseadas na educação continuada dessas mulheres e também de seus familiares. Essa ferramenta consiste em orientações baseadas na utilização de drenos, apoio emocional, possibilidade de esvaziamento axilar, identificação de sinais de infecções e manejo nos curativos.

**Palavras-chaves:** Alta do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Mastectomia.

**ABSTRACT** | Objective: to analyze scientific nursing productions from the last ten years that address the actions and guidelines for the discharge plan of women undergoing mastectomy. Method: To carry out the search for articles, a systematic review of articles used was carried out - PICO strategy, in Portuguese, English and Spanish respectively. Results: 19 publications were used for further discussion, where 15 were of qualitative synthesis and 4 of quantitative synthesis. Conclusion: Most articles showed that nursing interventions in the discharge plan for women undergoing mastectomy were based on the continuing education of these women and their families. This tool consists of guidelines based on the use of drains, emotional support, the possibility of axillary emptying, identification of signs of infections and management of dressings.

**Keywords:** Patient Discharge; Nursing Care; Mastectomy.

**RESUMEN** | Objetivo: analizar las producciones científicas de enfermería de los últimos diez años que abordan las acciones y pautas para el plan de alta de las mujeres sometidas a mastectomía. Método: para llevar a cabo la búsqueda de artículos, se realizó una revisión sistemática de los artículos utilizados: estrategia PICO, en portugués, inglés y español, respectivamente. Resultados: se utilizaron 19 publicaciones para una discusión adicional, donde 15 fueron de síntesis cualitativa y 4 de síntesis cuantitativa. Conclusión: La mayoría de los artículos mostraron que las intervenciones de enfermería en el plan de alta para mujeres sometidas a mastectomía se basaron en la educación continua de estas mujeres y sus familias. Esta herramienta consta de pautas basadas en el uso de drenajes, apoyo emocional, posibilidad de vaciado axilar, identificación de signos de infecciones y manejo de apósitos.

**Descriptor:** Alta del Paciente; Cuidados de Enfermería; Mastectomía.

## Bruna dos Santos Scofano

Mestre, pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), na Universidade Federal Fluminense (UFF) e enfermeira especialista em oncologia, RJ, Brasil.

## Andreia Almeida de Lima

Enfermeira especialista em oncologia, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e especialista em enfermagem clínica pela UERJ, RJ, Brasil.

## Rhaiza dos Reis Silva

Enfermeira especialista em oncologia, pela UERJ e especialista nos moldes de residência: clínica e cirurgia geral pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), RJ, Brasil.

## Lucia Helena Garcia Penna

Dr Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ.

## Karla Biancha Silva de Andrade

Enfermeira Gestora da Qualidade da Unidade de Emergência do INCA; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Docente responsável pelo programa teórico da Residência em Enfermagem Cardiovascular e Coordenadora do curso de pós graduação lato senso Enfermagem em Oncologia e enfermeira Coordenadora do Centro de Tratamento Intensivo do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) - Unidade II.

## Ana Paula Brito Pinheiro

Professora Adjunta da Coordenação da Pós Graduação de Oncologia em Enfermagem da UERJ e Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela UNIRIO.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2014 e 2015, houve aproximadamente 500 mil novos casos de câncer, o que reforça a discussão sobre o problema no país, e seu controle e prevenção como prioridades em todos os estados<sup>(1)</sup>.

Além disso, todos os anos verifica-se que um milhão de mulheres são diagnosticadas com câncer de mama em todo o mundo e, infelizmente, estima-se que 420.000 morrerão dessa doença. O câncer de mama é mais elevado em países desenvolvidos, sendo que as maiores incidências ocorrem no Reino Unido, Austrália, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá. Embora a mortalidade de pacientes com este tipo de doença ainda esteja elevada em vários países, os EUA, Reino Unido e Austrália já registram diminuição da

Recebido em: 03/02/2020

Aprovado em: 04/02/2020

mortalidade, atribuída ao uso ampliado de mamografia e ao tratamento precoce da doença<sup>(2)</sup>.

Em mulheres jovens, o câncer de mama ocorre em 5 a 7% dos casos. Resalta-se que antes dos 50 anos, esse tipo de doença apresenta-se com pior prognóstico, uma vez que, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito somente a quando a paciente é sintomática e, portanto, já evoluiu para um estágio mais avançado da doença<sup>(3)</sup>.

No que diz respeito aos dados estatísticos sobre o câncer de mama em homens, esta doença representou menos de 1% de todos os casos e 0,1% da mortalidade por câncer no sexo masculino em 2015. Apesar desses dados, alguns estudos indicam que a incidência de homens submetidos à mastectomia vem aumentando de 0,86 para 1,08 por 100.000<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, o plano terapêutico multiprofissional para os pacientes com câncer de mama deve ser elaborado após a confirmação do diagnóstico e conforme os fatores associados ao tumor e ao próprio paciente. Em determinadas situações, é levado em conta o perfil gênico. No caso de pacientes femininas, a decisão terapêutica é tomada depois da verificação de elementos primordiais, como por exemplo: o estado menopausa, a idade, existência de uma ou mais doenças e níveis de entendimento socioculturais acerca da decisão do tratamento<sup>(5)</sup>.

Ainda, as principais condutas usadas pelo enfermeiro ao colocar em prática os cuidados na recuperação da mulher submetida à mastectomia, estão embasadas na prevenção de complicações relacionadas à incisão cirúrgica ao dreno, à reabilitação física e também as questões associadas ao sentimento e o medo da paciente<sup>(5)</sup>.

Na promoção da saúde há uma valorização do autocuidado, considerando a participação da própria mulher submetida à mastectomia no processo de enfrentamento, prevenção de com-

plicações, recuperação e reabilitação após a cirurgia<sup>(5)</sup>.

O apoio e a orientação não somente para as mulheres mastectomizadas, mas também para a família, que é a parte importante no tratamento, pois, se o suporte emocional for de qualidade, será bastante significativo na recuperação da mulher, ajudando-a na melhora da autoestima e contribuindo na recuperação da autoimagem<sup>(6)</sup>.

O enfermeiro é um profissional educador e, por ter essa formação, deve orientar a mulher e também aos seus familiares quanto ao pós-operatório da mastectomia, uma vez que esse período é o mais traumático para ambos<sup>(7)</sup>.

O cuidado do enfermeiro está baseado no amor, compaixão, carinho, não sendo visto apenas como o tratamento de uma doença, mas sim, como uma possibilidade do ser de quem é cuidado. Então, ouvir, tocar, estar disponível é uma forma de promover um tratamento humanizado além de promover o resgate e o cuidado que, na cultura científica, foi desprezado e colocado em suspeita por ser de natureza subjetiva<sup>(8)</sup>.

O vínculo estabelecido entre profissional e o cliente favorece a contribuinte do autocuidado para além do contexto da unidade de saúde, a partir de uma relação de confiança, o enfermeiro poderá estabelecer orientações para alta oferecendo e contribuindo com o cuidado.

Nesse aspecto, o conceito de Plano de Alta é caracterizado pela forma organizada de realizar determinadas ações de acordo com as condições individuais de cada paciente após a alta, devendo ser formulado com a participação de todos os profissionais de saúde que estão envolvidos de maneira direta com o paciente<sup>(9)</sup>.

O plano de alta é importante na promoção da saúde de mulheres submetidas à mastectomia. Para sua realização, o enfermeiro deve compreender a complexidade da situação de cada mulher, elaborar o plano com a colabo-

ração dos outros profissionais de saúde, visando o atendimento integral de suas necessidades afim de oferecer um melhor prognóstico para essa mulher.

A relevância de se conhecer o que vem sendo abordado sobre essas ações/orientações, justifico este estudo, o qual tem por questão principal: Quais são as ações utilizadas pelo enfermeiro na realização do plano de alta hospitalar a mulheres mastectomizadas?

Considerando a inquietação e a escassez de produções específicas atuais sobre as orientações/ações às mulheres submetidas à mastectomia, buscamos com esse estudo analisar produções científicas de enfermagem dos últimos cinco anos que abordem as ações e orientações para o plano de alta de mulheres submetidas à mastectomia.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que é fundamentada na coleta de dados disponíveis na literatura para compará-los e aprofundar o conhecimento do tema investigado<sup>(10)</sup>.

Esta pesquisa tem com o objetivo de identificar, analisar e discutir as ações do enfermeiro na realização do planejamento de alta hospitalar em mulheres mastectomizadas.

Em que os critérios de inclusão são: artigos em Português, Inglês e Espanhol; recorte temporal dos últimos cinco anos (de 2013 a maio de 2018) e publicações com foco nas ações do enfermeiro no planejamento de alta hospitalar a pacientes mastectomizadas.

A estratégia de pesquisa deu-se da seguinte maneira: foi realizada em Maio de 2018. No PubMed via MEDLINE, ((Nursing Care) AND Patient Discharge) OR Mastectomy; Cochrane Library, ("Nursing Care" AND "Patient Discharge" OR "Mastectomy"); Scopus, ("Nursing Care" AND "Patient Discharge" OR "Mastectomy"), ("Nursing" AND "Mastectomy"), ("Nursing" AND "Patient Discharge"), ("Nursing" AND "Patient

Discharge"); CINAHL, ("Nursing Care" AND "Patient Discharge" OR "Mastectomy") e LILACS via BVS, (tw:(Cuidados em Enfermagem)) AND (tw:(Alta do Paciente)) OR (tw:(Mastectomia)). Foi utilizado o software ZOTERO

versão 5.0 para gerenciar as publicações encontradas. A análise dos dados foi elaborada por meio do checklist Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises - PRISMA(12), em que foi elaborado um diagrama (Figura 1) para a extração dos dados, que foi revisado pelas pesquisadoras.

RESULTADOS

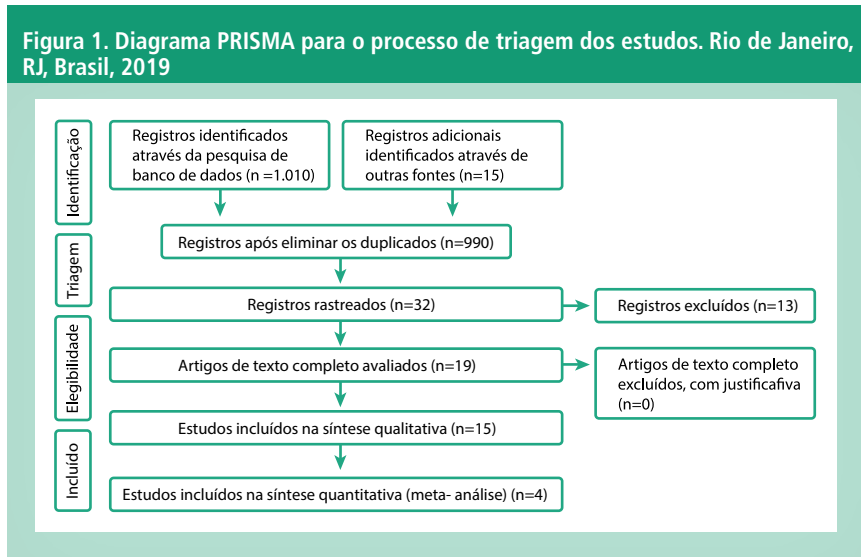
Ao realizar o somatório de todos os artigos que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos, totalizou-se 1.025 publicações, onde 1.010 eram registros identificados através de bancos de dados e 15 eram outros registros identificados através de outras fontes.

Neste contexto, com a aplicabilidade dos critérios de exclusão: das 1.025 publicações analisadas pela categoria texto duplicado, restaram apenas 990. Das 990 publicações que passaram pela etapa de rastreamento, restaram apenas 32. Das 32 publicações rastreadas, 7 foram excluídas, restando somente 25. Das 25 publicações avaliadas pela categoria texto completo, nenhuma foi excluída. Foram utilizadas 25 publicações para a posterior discussão, onde 15 eram de síntese qualitativa e 10 de síntese quantitativa.

**Quadro 1. Estratégia PICO, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol respectivamente. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019**

<b>P</b> (paciente/população)	Publicações de Enfermeiros (Nursing Publications/ Publicaciones de enfermeros)
<b>I</b> (intervenção/ fenômeno de interesse)	Plano de alta hospitalar (Discharge plan/ Plan de alta hospitalaria)
<b>C o</b> (controle ou comparação/ contexto)	Mulher mastectomizada (Mastectomized woman / Mujer mastectomizada)

Fonte: Adaptado de Santos, Pimenta e Nobre<sup>(11)</sup>.



Fonte: Adaptado de Santos, Pimenta e Nobre<sup>(11)</sup>.

**Quadro 2. Descrição dos estudos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.**

Título/ Autor	Ações do enfermeiro no plano de alta hospitalar a mulheres mastectomizadas
As experiências das enfermeiras da enfermagem no processo de alta entre a unidade de terapia intensiva e a enfermagem geral. KAUPPI, W.; PROOS, M. e Olausson, S. 2018.	Intervenção: comunicação com a família do paciente com o objetivo de realizar orientações após a alta.
Qualidade de vida em mulheres adultas mastectomizadas. RODRIGUES, Clara, 2017.	Orientações sobre os drenos e dos pontos da ferida cirúrgica, esclarecimentos sobre dor e o medo, mobilização articular, drenagem linfática manual.
Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: Mulheres em processo cirúrgico de mastectomia PAIVA, A.C.P.C, et al 2016.	Os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem foram registrados segundo NANDA International, Inc, Nursing Intervention Classification e Nursing Outcome Classification respectivamente, sendo selecionados 25 possíveis diagnósticos, 39 intervenções vinculadas ao processo cirúrgico e 42 resultados para atender às necessidades de informação, enfrentamento e apoio. Estabeleceram-se parâmetros para mensurar o impacto do cuidado.



Qualidade de vida entre os pacientes após mastectomia profilática bilateral: uma revisão sistemática dos resultados relatados pelo paciente. RAZDAN, S.N, et al 2016.	A intervenção utilizada para o estudo foi a implementação do termo qualidade de vida relacionado à saúde em mulheres que realizaram a mastectomia bilateral profilática .
Resultados para os cuidadores familiares de uma intervenção de alta hospitalar prestada por enfermeiros para pessoas idosas (o Programa Habilitação em Casa): Ensaio controlado aleatorizado simples cego TOYE, C, et al. 2016.	Intervenções: Obter ajuda, informações e recursos; desenvolver planos de crise e obter referências de serviços e organizar requisitos legais.
Cuidados sensíveis de enfermagem a mulheres submetidas à mastectomia: subsídios para uma ação educativa com enfoque na dimensão ética e estética NICOLAU, S R T C, 2015.	Orientações verbais, sobre o dreno, autocuidado, não há sistematização.
Efeito de um programa educacional de planejamento de alta em um hospital universitário SAKAI, S., et al. 2015.	Intervenção: programa educacional de planejamento de alta na equipe multidisciplinar.
Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos MARTINS, K.P, et al. 2015.	Identificou-se que as principais estratégias foram as orientações referentes aos cuidados básicos aos familiares. Além disso, também foi identificado que o enfermeiro não insere o familiar durante a assistência, dificultando a continuidade do cuidado no domicílio.
Planejamento da alta: melhores práticas em transições de cuidados PELLETT, C. 2014.	A intervenção: avaliação do paciente, encaminhamento as outras instituições e fornecimento de endereços para serviços comunitários e equipes hospitalares.
Opinião das mulheres sobre a alta hospitalar de 23 horas após mastectomia LAMBERT, L e RUSBY, J 2014.	O estudo fornece evidências para apoiar a visão de que a alta de 23 horas é viável do ponto de vista médico e aceitável para os pacientes.
O planejamento da alta se volta para a beira do leito: uma abordagem centrada no paciente e na família WROBLESKI, D.M., et al 2014.	Intervenção: foram realizadas orientações após a alta do paciente.
Protocolo clínico para o cuidado de enfermagem a mulheres mastectomizadas: um estudo exploratório descritivo NICOLAU, S. R. T. C; TEIXEIRA, E. R 2014.	Considera-se o desenvolvimento do Protocolo proposto neste trabalho um recurso essencial para guiar o enfermeiro no planejamento da assistência, desde a fase ambulatorial até a internação e a alta hospitalar da paciente mastectomizada. Além de ser um instrumento para a educação do paciente, visando ao seu autocuidado e à adoção de comportamentos adequados para que a paciente tenha uma maior qualidade de vida após a mastectomizada
Práticas de alta para o paciente em terapia intensiva: uma exploração qualitativa no ambiente da enfermagem geral COGNET, S; COYER, F. 2014.	Intervenção: comunicação com a família do paciente com o objetivo de realizar orientações após a alta
Mastectomia por câncer de mama no Brasil: distribuição geográfica e custos na perspectiva da saúde pública VALLE, P.M., et al 2014.	Intervenção: comunicação com a família do paciente com o objetivo de realizar orientações após a alta
Alta hospitalar: resultados de um estudo prospectivo multicêntrico italiano usando Blaylock Risk Assessment Screening Score. DAL MOLIN, A., et al. 2014	Os resultados indicam que o índice BRASS é útil para identificar pacientes com risco de hospitalização prolongada.

<p>Processo de alta: um projeto para melhorar a qualidade e a pontualidade das prescrições completas.</p> <p>KANNAKERIL, G., et al 2014.</p>	<p>Intervenção: medicação eletrônica e guia on line</p>
<p>Intervenção do enfermeiro no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama</p> <p>SOARES, S.G.SC; ALBUQUERQUE, J.O.L, 2014.</p>	<p>Apoio emocional e encaminhamento para equipe multidisciplinar, quando apresenta sinais de depressão pós mastectomia. Fornece informações sobre a busca de soluções dos problemas relacionados ao tratamento; instrumentalizá-las para que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de autocuidado.</p>
<p>Planejamento de alta e avaliação de riscos de enfermeiros: comportamentos, compreensão e barreiras.</p> <p>GRAHAM, J., et al 2013.</p>	<p>enfermeiros requerem incentivo e apoio adicionais para cumprir as políticas de planejamento de alta, e as políticas de planejamento de alta devem ser adaptadas para lidar melhor com trajetórias imprevisíveis de doenças.</p>
<p>Eficácia da informação de alta da assistência crítica no apoio à recuperação precoce da doença crítica</p> <p>BENCH, S., et al 2013.</p>	<p>São utilizadas informações individualizadas após a alta da paciente mastectomizada.</p>
<p>Considerações sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes na alta hospitalar: revisão integrativa</p> <p>SOUZA, M. B. B; CARVALHO, P. e QUELUCI, C. G, 2013.</p>	<p>Intervenção: a comunicação multidisciplinar e a ênfase na situação-problema do paciente no processo de alta.</p>
<p>Educar como prática facilitadora do processo de cuidar às mulheres mastectomizadas: revisão integrativa</p> <p>BORDALLO, F.R et al 2013</p>	<p>As ações educativas para as mulheres mastectomizadas foram representadas por grupos de apoio e manuais educativos.</p>
<p>Um ensaio randomizado de intervenções de enfermagem que apoiam a recuperação do paciente pós-mastectomia.</p> <p>CHO, H.S.M., et al 2013</p>	<p>São utilizadas informações individualizadas após a alta da paciente mastectomizada</p>
<p>Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas.</p> <p>CARVALHO, A.P.R; SANTOS, T.M.B e LINHARES, F.M.P, 2012</p>	<p>Não fazer esforço com o braço do lado da mastectomia, não posso tomar injeção, não expor a temperatura quente, não verificar a pressão arterial. Cuidados com o curativo, o dreno e a continuação do tratamento após a cirurgia, massagem linfática.</p>
<p>Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas</p> <p>ALMEIDA, N.G et al, 2015</p>	<p>Orientações sobre a troca de dreno, higiene, apoio emocional, ensino aprendizagem, medicamentos.</p>
<p>O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres mastectomizadas.</p> <p>SILVA, G.N.C et al, 2013.</p>	<p>Orientações sobre medicamentos, autocuidado, não fazer esforço físico com o braço do lado da mastectomia.</p>

## DISCUSSÃO

### As ações e orientações para o plano de alta de mulheres submetidas à mastectomia

Em um estudo<sup>(14)</sup> realizado para identificar as principais ações de enfermagem no plano de alta a mulheres mastectomizadas apontou que há 39 intervenções de enfermagem e 42 resultados relacionados a mastectomia baseados na abordagem

integral, humanizada e individualizada. Além disso, essas intervenções consideram as necessidades reais dessas mulheres a partir dos problemas apresentados por elas, como por exemplo: medo, queixas, dúvidas, ansios e intercorrências sobre a mastectomia.

Dessa forma, pode-se dizer que a abordagem humanizada à mulher mastectomizada e aos seus familiares é com-

posta por ações que originem espaços que permitam a todos expressar seus sentimentos e também a valorizá-los; identificar áreas problemáticas; ajudá-los a identificar fontes de ajuda, que podem estar dentro ou fora da própria família; fornecer orientações e elucidar suas percepções; ajudá-los a solucionar os problemas associados ao tratamento da mastectomia; instrumentalizá-los para

que tomem decisões sobre o tratamento proposto; e levar ao desempenho de ações de autocuidado, de acordo com as suas possibilidades<sup>(15)</sup>.

Nesse aspecto, complementa-se que a comunicação é necessária durante este processo e deve ser eficaz, seja ela verbal, por palavras, ou não-verbal, pelos gestos e expressões. O enfermeiro precisa conversar, comunicar orientar e esclarecer a paciente sobre o seu tratamento, os procedimentos que serão realizados e o seu atual quadro clínico<sup>(16)</sup>.

Em contrapartida, em um outro estudo<sup>(17)</sup> sobre as intervenções de enfermagem em 26 participantes do sexo feminino que foram submetidas à mastectomia identificou que a melhor abordagem é receber orientações individualizadas estabelecidas no plano de alta antes do horário previsto para a saída formal da mulher do hospital, evitando o acúmulo de informações nesse momento, assegurando a avaliação de uma melhor compreensão, com a finalidade de esclarecer dúvidas. Nesse aspecto, o enfermeiro, no momento da alta, deve reforçar as orientações sobre o plano a ser seguido e a importância do retorno da mulher para o controle e a reabilitação de sua saúde, procurando a equipe sempre que necessitar de auxílio.

Dessa forma, um dos maiores problemas que levam as mulheres com mastectomia a procurarem a equipe, em especial o enfermeiro, era a depressão após o procedimento e a ocorrência de infecções no local da incisão. Nesse caso, é necessário que este profissional tenha um olhar integral com essas mulheres a fim de aumentar a qualidade de suas orientações pós-alta<sup>(18)</sup>.

Contudo, em um estudo controlado randomizado<sup>(19)</sup>, simples-cego realizado sobre a comparação entre dois grupos onde um utilizava um programa ministrado por uma enfermeira especialmente treinada por telefone que desempenhava as seguintes atividades no plano pós alta: apoio para facilitar a compreensão do plano de alta da paciente mastectomiza-

da; avaliação das necessidades de apoio do cuidador; priorização do cuidador de necessidades urgentes; e orientação colaborativa, do enfermeiro, quanto ao acesso aos suportes e o outro não utilizava nenhum plano de cuidado, apontou que o grupo que recebeu a intervenção apresentou melhoras no que diz respeito ao processo cirúrgico.

Ainda, acrescenta-se que há diversas ferramentas que facilitam a parceria da paciente submetida à mastectomia e à família. Uma dessas ações é a conferência de planejamento de alta, na qual os enfermeiros, a paciente e, em alguns casos, seus cuidadores familiares, participam de um debate sobre a realização de um plano de transição dos cuidados da paciente para outro ambiente, como por exemplo o domicílio<sup>(20)</sup>.

Na tentativa de personalizar as orientações, demonstrou-se em um que o fornecimento de livros para o registro de perguntas e possíveis preocupações acerca da mastectomia se mostrou eficaz no planejamento pós-alta, uma vez que as pacientes mastectomizadas podem ver esta ferramenta como uma oportunidade de expressar seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas sem a interferência de outras pessoas. Além disso, por meio desta ferramenta, o enfermeiro poderá analisar o tipo de abordagem que ele terá com a paciente<sup>(21)</sup>.

Ademais, a educação continuada com a paciente mastectomizada é uma estratégia favorável para ser inserida no planejamento pós-alta, pois garante o conforto e bem-estar da mulher após alta hospitalar. Essa ferramenta envolve orientações acerca do pós operatório, tais como: uso de drenos (recomendar o uso de roupas mais largas e esvaziar o coletor duas vezes ao dia, caso a paciente utilize dreno), curativos (recomendar a sua troca todos os dias, sempre protegendo-os com plástico para que não fiquem molhados no banho), caso a paciente tenha sido submetida ao esvaziamento axilar, recomendar que a paciente evite contato com substâncias irritantes ou cortantes com o lado operado, evite sol no período de 10 da manhã às 16 horas, e evite carregar objetos pe-

sados), possibilidade de infecções (sinais de vermelhidão e inchaço no local da cirurgia ou no braço do local operado) e apoio emocional - recomendar a paciente a expressar os seus sentimentos, medos e angústias, além de esclarecer dúvidas sobre o procedimento cirúrgico<sup>(22)</sup>.

Em um estudo observacional, multicêntrico e prospectivo<sup>(23)</sup> desenvolvido em seis hospitais italianos sobre as intervenções de enfermagem em 711 pacientes mastectomizadas evidenciou que o grupo de apoio estabelecido por enfermeiros após a alta melhora o enfrentamento para situações difíceis, tais como: o medo, ansiosos, sentimentos de rejeição e angústia.

Corroborando com os autores supracitados, a preocupação com ações educativas voltadas para a mulher mastectomizada, onde os saberes circulam, se constroem e se reconstróem nos discursos e nos compartilhamentos de informações, principalmente feitos em grupos de apoio. O autor<sup>(24)</sup> esclarece que o grupo de apoio após a alta, incentivado pelo enfermeiro, proporciona um ambiente que oferece o suporte social, compartilhamento de sentimentos, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis, educação em saúde, informação e debates sobre as questões existenciais da mulher submetida à mastectomia.

Em um estudo<sup>(25)</sup> feito com nove mulheres mastectomizadas, entre quatro e oito semanas após a cirurgia, apontou que a discussão sobre os seus pontos de vista de maneira mais aberta sobre a mastectomia tornou-se algo favorável para o plano de alta. Constatou-se, também, que as complicações no pós-operatório foram bem gerenciadas e todos as participantes foram tranquilizadas por ter o número de contato do enfermeiro especialista.

Todavia, em um trabalho desenvolvido sobre as orientações (possibilidade do uso de dreno, esvaziamento axilar, curativos e esclarecimento das dúvidas sobre o procedimento a ser realizado) feito no pré-operatório em 145 mulheres submetidas à mastectomia reduziu o número de reinternações

pós-alta, uma vez que as pacientes tinham um maior conhecimento sobre as complicações neste período<sup>(26)</sup>.

Em um estudo<sup>(27)</sup> realizado com 256 enfermeiros em um hospital universitário nacional de 1.210 leitos na área de Tóquio acerca das intervenções de enfermagem no processo de pós alta em mulheres mastectomizadas avaliou dois grupos, um grupo de educação composto por 102 enfermeiros de 4 unidades e um grupo de controle composto por 154 enfermeiros de 6 unidades. Foram analisadas as informações obtidas de 87 enfermeiros do grupo de educação e 104 enfermeiros do grupo de controle. No grupo de educação, o conhecimento aumentou após a intervenção em relação aos serviços de enfermagem de visita domiciliar. Além disso, o grupo de educação mostrou melhora nas atitudes em relação ao planejamento de alta. Da mesma forma, o reconhecimento de necessidades de planejamento de alta por parte dos enfermeiros foi significativamente aprimorado nas unidades do grupo de educação em comparação com as unidades do grupo de controle.

Em uma intervenção para melhorar o processo e a qualidade do plano de alta em mulheres mastectomizadas deve abordar diretamente essas questões e ajudar a aumentar o conhecimento e a conscientização para que o acompanhamento seja feito corretamente. O autor<sup>(28)</sup> recomenda um guia on-line desenvolvido para fornecer orientações claras e úteis aos enfermeiros e outros profissionais de saúde sobre os pacientes que receberam alta e o que eles devem orientar a essas pessoas.

Outra ação importante que pode ser desempenhada pelo enfermeiro é a elaboração de um folheto informativo sobre os cuidados a pacientes que foram submetidas à mastectomia, que será entregue às pacientes e explicado pelo enfermeiro durante as orientações para a alta hospitalar. Neste folheto,

deve conter informações sobre as complicações, como: hemorragias, seromas, infecções, necrose de pele, lesão de nervo, diminuição de movimento e linfedema e outras intercorrências que possam surgir<sup>(29)</sup>.

Incluir o folheto informativo é uma conduta benéfica para a paciente, pois uniformiza as informações oferecidas quanto aos exercícios bem como cuidados a partir daquele momento. Uma adaptação física e emocional da mulher é essencial no que diz respeito à promoção da sua recuperação funcional, que se reflete diretamente na sua independência precoce para o autocuidado<sup>(30)</sup>.

Atenta-se, também, que após a avaliação da paciente mastectomizada para o desenvolvimento do autocuidado, inicia-se a sua preparação, da família ou do responsável pelo autocuidado para se tornar independente da atuação do enfermeiro. Se a paciente apresenta sistema de drenagem aspirativo, é essencial que ela e o seu familiar sejam orientados quanto à necessidade de atenção ao aspecto da drenagem; observar alterações no local do dreno (hiperemia, exsudato, dor); medir o conteúdo drenado pelo menos duas vezes ao dia, sempre lavando as mãos antes e após o procedimento; anotar a data, hora e quantidade da drenagem; manter vigilância para prevenir obstruções, quando se deve realizar a ordenha leve<sup>(31)</sup>.

É dessa forma que o enfermeiro busca mudar a atitude, onde são incorporados bases e princípios que regem os fundamentos científicos, com o objetivo de inseri-las na prática diária. O cuidado à mulher com câncer de mama precisa ser desenvolvido com a finalidade de estabelecer apoio emocional prestado pela enfermagem e equipe multiprofissional, em contribuição à diminuição de complicações cognitivas, como: percepção, atenção, memória, raciocínio e imaginação afetivas e comportamentais decorrentes do tratamento<sup>(32)</sup>.

Quanto aos problemas na implementação do plano de alta a mulheres submetidas a mastectomia, foi realizada uma pesquisa com 54 enfermeiros que trabalham em enfermarias sobre a compreensão, adesão e barreiras do planejamento de alta. Constatou-se que a adesão à política de planejamento de alta é baixa por parte dos enfermeiros, embora haja conscientização sobre a qualidade reduzida dos desfechos dos pacientes, em especial às submetidas à mastectomia. Nesse aspecto, as barreiras mais comuns ao planejamento de alta identificadas foram a falta de tempo e fatores relacionados à paciente mastectomizada<sup>(33)</sup>.

Ademais, é interessante relatar que os atrasos desnecessários na alta de pacientes do hospital para casa são um problema constante e, para pessoas com mais idade, isso pode resultar em agravos para a sua saúde. Embora haja desafios na obtenção de excelentes práticas na transferência do atendimento de um paciente do hospital para o domicílio, há uma disposição e um compromisso dos enfermeiros no que diz respeito à comunidade e no hospital com a finalidade de melhorar a experiência da paciente<sup>(34)</sup>.

Em uma pesquisa<sup>(35)</sup> desenvolvida com 16 enfermeiros de três hospitais diferentes na Suécia acerca dos desafios no cuidado às mulheres mastectomizadas evidenciou que cuidar desse tipo de paciente requer vários aspectos. Os enfermeiros relataram sentir demandas irrealistas ao cuidar delas, as quais são referentes a própria profissão e ao conhecimento sobre o cuidado com essas mulheres.

Em um trabalho<sup>(36)</sup> feito com 27 enfermeiros em um hospital australiano de referência terciária metropolitana em 2011 sobre o planejamento de alta evidenciou que esta ferramenta é muito complexa e amplamente desvalorizada. Nesse caso, há diferenças significativas e mal compreendidas no

que diz respeito à priorização e no atendimento de pacientes submetidas à mastectomia.

Então, é elucidado que uma das principais razões para as reinternações é a falta de preparo adequado do paciente e família para a alta hospitalar. Diante disso, é primordial que a assistência de enfermagem seja repensada de maneira organizada, multidisciplinar e que envolva esse preparo para reduzir as necessidades e expectativas dessas pacientes e seus familiares em relação ao cuidado a ser prestado no contexto domiciliar<sup>(37)</sup>.

Por fim, foi desenvolvido um estudo<sup>(38)</sup> sobre a ocorrência das reinternações hospitalares em mulheres submetidas à mastectomia no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012, e evidenciou que a região Sudeste é o local onde foi realizado um maior número de mastectomias (23 mil procedimentos) se comparada a outras regiões (Norte 8.443, no Sul 2.280, no Centro-Oeste e 10.538 no Noroeste. Nesse contexto, o autor relata que as intervenções de enfermagem são primordiais neste processo com o objeti-

vo de reduzir a incidência de hospitalizações e possíveis complicações.

### CONCLUSÃO

A maioria dos artigos evidenciou que as intervenções de enfermagem no plano de alta a mulheres submetidas à mastectomia foram baseadas na educação continuada dessas mulheres e também de seus familiares. Essa ferramenta consiste em orientações baseadas na utilização de drenos, apoio emocional, possibilidade de esvaziamento axilar, identificação de sinais de infecções e manejo nos curativos.

Nesse aspecto, a educação continuada também envolve uma abordagem integral, humanizada e individualizada das mulheres submetidas à este procedimento cirúrgico, uma vez que elas apresentam necessidades reais que variam conforme a cultura e estilo de vida. Ademais, o planejamento de alta deve ser feito antes da saída formal das mulheres do hospital com o objetivo de evitar o acúmulo de informações e falta de compreensão com relação às orientações prestadas.

Outras intervenções citadas nesta pesquisa foram: o uso de livros, guias on-line, folhetos informativos, orientações no período pré-operatório e grupos de apoio promovidos pelos enfermeiros. Essas ferramentas, se desenvolvidas de maneira adequada, podem ser muito úteis no plano de alta promovido pelos enfermeiros.

Com relação às barreiras na implementação do plano de alta em mulheres submetidas à mastectomia, foram identificadas: desvalorização, falta de preparo da paciente e da família após a alta, demandas irrealistas sobre a própria profissão e ao conhecimento sobre o cuidado com essas mulheres, atrasos desnecessários na alta de pacientes do hospital para casa, a falta de tempo e fatores relacionados a pacientes submetidos a mastectomia.

Sendo assim, outros estudos deverão ser realizados com o intuito de solucionar falhas com relação aos obstáculos enfrentados pelos enfermeiros na implementação do plano de alta em mulheres submetidas à mastectomia, uma vez que isso pode contribuir para o aprimoramento do cuidado deste profissional. 🐦

## Referências

1. Instituto Nacional do Câncer. Conceito e magnitude do controle do câncer de mama [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br>.
2. Soares PBM, et al. Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 [acesso em 2018 jul 27]; 15(3): 595-604. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013).
3. Rodrigues, JD, Cruz, MS, Paixão, AN. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 out [acesso em 2018 jul 27]. 20(10). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003163&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003163&script=sci_abstract&tlng=pt).
4. Cavalcante SAM, et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2013; 59(3):456-66.
5. Mineo FLV, et al. A assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]. 4(2): 2238-2260. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22951/16474>.
6. Tiezzi, DG. Epidemiologia do câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2009 [acesso em 2018 jul 27]. 31(5): 213-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n5/v31n5a01.pdf>.
7. Ohl ICB, et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 27]; 69(4): 746-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400793&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000400793&script=sci_abstract&tlng=pt).
8. Silva SED, et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2018 jul 27]; 63(5): 727-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500006&script=sci_abstract&tlng=pt).
9. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer Coren-SP Cat 023/2010 [Internet]. 2010 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2010\\_23.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_23.pdf).
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 out-dez [acesso em 2018 jul 27]; 17(4): 758-64, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018).
11. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. São Paulo: *Revista Latino-Am Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000300023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000300023&script=sci_arttext&tlng=pt).

## Referências

12. Lopes ALM, Fraciolli LA. Revisão Sistemática de Literatura e Metasíntese Qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. Texto e Contexto Enfermagem [Internet]. 2008 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262760350\\_Systematic\\_review\\_of\\_literature\\_and\\_qualitative\\_synthesis\\_considerations\\_about\\_their\\_application\\_in\\_nursing\\_research](https://www.researchgate.net/publication/262760350_Systematic_review_of_literature_and_qualitative_synthesis_considerations_about_their_application_in_nursing_research).
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement [Internet]. [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).
14. Paiva ACPC, et al. Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: Mulheres em processo cirúrgico de mastectomia. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/707>.
15. Soares SGSC, Albuquerque JOL. Intervenção do enfermeiro no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama. Revista Saúde me Foco [Internet]. 2014 jan/jun [acesso em 2018 jul 27]; 1(1): 1-16. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/156/380>.
16. Silva GNC, et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres mastectomizadas. Revista HU-UFJF [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]; 39(1):1-10. Disponível em: <https://hurevista.ufff.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/1970>.
17. Martins KP, et al. Atuação do enfermeiro no preparo para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 27]. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1756-1764.
18. Razdan SN, et al. Quality of life among patients after bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient-reported outcomes. Qual Life Res [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26577764>.
19. Toye C, et al. Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program): Single blind randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27684320>.
20. Wroblewski DM, et al. Discharge planning rounds to the bedside: a patient- and family-centered approach. Med surg nursing [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24933789>.
21. Bench S, et al. Effectiveness of critical care discharge information in supporting early recovery from critical illness. Critical Care Nurse [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727851>.
22. Nicolau SRTC, Teixeira ER. Clinical protocol for the nursing care of mastectomized women: an exploratory descriptive study. Revista Brasileira de Enfermagem Online [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4761/html\\_254](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4761/html_254).
23. Dal Molin A, et al. Hospital discharge: Results from an Italian multicenter prospective study using blaylock risk assessment screening score. International Journal of Nursing Knowledge [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24299656>.
24. Bordallo FR, et al. The education as a facilitator practice of the process of care to mastectomized women: an integrative review. Revista de Enfermagem UFPE [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12382>.
25. Lambert L, Rusby J. Women's View of 23-Hour Hospital Discharge Following Mastectomy. Cancer Nursing Practice [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://journals.rcni.com/cancer-nursing-practice/womens-view-of-23hour-hospital-discharge-following-mastectomy-cnp2014.03.13.2.18.e1043>.
26. Cho HSM, et al. A randomised trial of nursing interventions supporting recovery of the postmastectomy patient. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22830927>.
27. Sakai S, et al. Effect of a Discharge Planning Educational Program in a University Hospital. Gan to kagaku ryoho. Cancer & Chemotherapy [Internet]. 2015 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26809418>.
28. Kanekkaril G, et al. The Dismal Discharge Process: a quality Improvement Project to enhance the timeliness and completion of discharge prescriptions. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4652709/>.
29. Nicolau SRTC. Cuidados sensíveis de enfermagem a mulheres submetidas a mastectomia [Dissertação]. 2015 [Internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3059/1/Sandra%20Regina%20Terra%20Campos%20Nicolau.pdf>.
30. Rodrigues C. Qualidade de vida em mulheres adultas mastectomizadas [Dissertação]. 2017 [Internet]. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4749/1/ClaraMariaMoreiraGuedesRodrigues\\_DM.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4749/1/ClaraMariaMoreiraGuedesRodrigues_DM.pdf).
31. Carvalho APR, Santos TCB, Linhares FMP. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 jul/set. [acesso em 2018 jul 27]; 17(3):485-91. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29290>.
32. Almeida NG, et al. Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2015 out./dez [acesso em 2018 jul 27]; 5(4):607-617. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17103/pdf>.
33. Graham J, et al. Nurses' discharge planning and risk assessment: Behaviours, understanding and barriers. Journal of Clinical Nursing [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23581501>.
34. Pellet C. Discharge planning: Best practice in transitions of care. British Journal of Community Nursing [Internet]. 2016 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27809581>.
35. Kauppi W, Pross M, Olausson S. Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward Nursing in Critical Care [Internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29359426>.
36. Cagnet S, Coyer F. Discharge practices for the intensive care patient: A qualitative exploration in the general ward setting. Intensive & Critical Care Nursing [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24907890>.
37. Souza MB, Quelucci CG. Considerações on Nursing Care to patients at Hospital Discharge: integrative review. Crise [Internet]. 2013 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27809591>.
38. Valle PM, et al. Mastectomy Due to Breast Cancer in Brazil: Geographic Distribution and Costs from the Public Health Care Perspective. Value in Health [Internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 27]. Disponível em: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(14\)04175-8/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(14)04175-8/fulltext).

# Vivência de mães com filhos diagnosticados com síndrome de down

**RESUMO** | Objetivo: compreender a vivência de mães de filhos com síndrome de Down. Método: pesquisa descritiva e exploratória, qualitativa, desenvolvida com mães de crianças diagnosticadas com Síndrome de Down acompanhadas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas por meio da técnica de história de vida oral. A análise de conteúdo subsidiou a análise dos dados. Resultados: participaram do estudo, seis mães de crianças com Síndrome de Down. Da análise emergiram três categorias: Vivenciando o diagnóstico de Síndrome de Down; as transformações no cotidiano e suas implicações; e, A assistência de saúde dispensadas as mães com crianças diagnosticadas com Síndrome de Down. Conclusão: pode-se compreender as vivências de mães de crianças diagnosticadas com Síndrome de Down. Identificou-se emoções e sentimentos experimentados no momento do diagnóstico, os quais perpassaram durante todo o desenvolvimento do filho e incidiram sobre o processo de maternagem. **Palavras-chaves:** Síndrome de Down; Relações Mãe-Filho; Família. Acontecimentos que Mudam a Vida.

**ABSTRACT** | Objective: to understand the experience of mothers of children with Down syndrome. Method: descriptive and exploratory, qualitative research, developed with mothers of children diagnosed with Down Syndrome accompanied by the Association of Parents and Friends of the Exceptional. Data collection took place through interviews using the oral life history technique. Content analysis supported the data analysis. Results: six mothers of children with Down syndrome participated in the study. Three categories emerged from the analysis: Experiencing the Down Syndrome diagnosis; The transformations in daily life and its implications; and, the health care provided to mothers with children diagnosed with Down Syndrome. Conclusion: the experiences of mothers of children diagnosed with Down Syndrome can be understood. Emotions and feelings experienced at the moment of diagnosis were identified, which permeated throughout the child's development and focused on the mothering process. **Keywords:** Down Syndrome; Mother-Child Relations; Life Change Events.

**RESUMEN** | Objetivo: comprender la experiencia de madres de niños con síndrome de Down. Método: investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, desarrollada con madres de niños diagnosticados con Síndrome de Down acompañados por la Asociación de Padres y Amigos de los Excepcionales. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas utilizando la técnica de historia de vida oral. El análisis de contenido apoyó el análisis de datos. Resultados: seis madres de niños con síndrome de Down participaron en el estudio. Del análisis surgieron tres categorías: experimentar el diagnóstico del síndrome de Down; Las transformaciones en la vida diaria y sus implicaciones; y, la atención médica brindada a madres con niños diagnosticados con Síndrome de Down. Conclusión: se pueden entender las experiencias de madres de niños diagnosticados con síndrome de Down. Se identificaron las emociones y los sentimientos experimentados en el momento del diagnóstico, que impregnaron todo el desarrollo del niño y se centraron en el proceso de maternidad.

**Descriptor:** Síndrome de Down; Relaciones Madre-Hijo; Acontecimientos que Cambian la Vida.

## Carla Beatriz Lopes Benevides

Enfermeira. Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Maringá (UniCesumar). Maringá, Paraná, Brasil.

## Luana Cristina Bellini Cardoso

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

## Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

## Márcia Glaciela da Cruz Scardoelli

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

## Patrícia Bossolani Charlo

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

## Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil.

**Recebido em:** 03/02/2020  
**Aprovado em:** 04/02/2020

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down configura-se como uma condição crônica devido a uma desordem genética caracterizada pela existência de um cromossomo extra ou parte dele<sup>(1)</sup>. A presença do cromossomo 21 extra na constituição genética determina características físicas específicas e atraso nos desenvolvimentos motor e cognitivo. Entretanto, sabe-se que as pessoas com Síndrome de Down, quando atendidas e estimuladas adequadamente, têm potencial para uma vida saudável e plena inclusão social<sup>(2)</sup>.

Apesar disso, o diagnóstico de Síndrome de Down ainda ocasiona muitas dúvidas e incertezas nos pais ao recebê-lo, associados ao estigma e ao preconceito

de ter alguém que demande por mais cuidados<sup>(3)</sup>. Desta forma, o enfrentamento da situação está relacionado à forma com que o diagnóstico é revelado, este incide diretamente na configuração do processo de maternagem. Este provoca na mãe sentimentos diretamente resultantes da situação e a incerteza quanto ao futuro do filho e como se dará o seu desenvolvimento. Os sentimentos geralmente experienciados perpassam pela concretude do filho idealizado, lamento e raiva<sup>(3-5)</sup>.

Nesse sentido, sabe-se que os primeiros anos de vida constituem um período crítico e muito importante na vida de uma criança, devido a sua forte relação com o desenvolvimento cognitivo, especialmente em pessoas com Síndrome de Down. Desta forma, as crianças com necessidades específicas precisam de estimulação precoce, atenção e carinho dos familiares e indivíduos envolvidos em seu meio<sup>(6)</sup>.

Neste cenário, os profissionais da saúde devem atuar de forma diferenciada, por meio do olhar holístico e isento de estigma, proporcionando maior compreensão dos eventos que abrangem a síndrome, tanto para a família como para a comunidade. Assim, ressalta-se a importância do enfermeiro no processo de orientação, acolhimento e cuidado em um momento crucial para a criança e para a família<sup>(2,7)</sup>.

Por entender que a Síndrome de Down consiste em uma condição que interfere no cotidiano familiar, ocasionando mudanças e desafios, os quais requerem compreensão e apoio do meio profissional, englobando os sentimentos e dificuldades encontrados no que diz respeito à maternagem. Este estudo foi desenvolvido no intuito de contribuir com a ciência da enfermagem com vistas ao cuidado integral que abarque a mãe e as suas vivências ao desenvolvimento de estratégias que propiciem sua melhor qualidade de vida e inclusão social. Assim, este estudo possui a seguinte questão norteadora: Como é ser mãe de uma criança diagnosticada com Síndrome de Down? Objetivando-se compreender a vivência de mães de filhos com Síndrome de Down.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, qualitativo. Desenvolvido com mães de crianças diagnosticadas com Síndrome de Down acompanhadas pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de um município da região Sul do país. Destaca-se que o protocolo deste estudo foi estruturado conforme orientações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).



Nesse sentido, sabe-se que os primeiros anos de vida constituem um período crítico e muito importante na vida de uma criança, devido a sua forte relação com o desenvolvimento cognitivo, especialmente em pessoas com Síndrome de Down.



Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: idade da mãe igual ou superior a 18 anos, a criança deve ter idade entre zero e 12 anos e ser acompanhada pelo serviço da APAE por pelo menos seis meses. Excluíram-se as mães que não residiam no município onde se desenvolveu a pesquisa. Participaram do estudo seis mães de crianças diagnosticadas com Síndrome de Down. A amostra foi por conveniência,

o recrutamento dos participantes se deu mediante uma lista fornecida pelo serviço constando os dados dos participantes elegíveis. A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2016.

O percurso metodológico aconteceu em duas etapas: inicialmente os pesquisadores imergiram no campo de pesquisa, a fim de se aproximar dos possíveis participantes, facilitar a interação e compreender o cotidiano das famílias com crianças que possuem necessidades especiais, totalizando-se sete visitas consecutivas ao serviço com duração média de quatro horas cada (total 28 horas). Após alguns encontros, os pesquisadores explicaram a proposta de estudo e aos que sinalizaram positivamente quanto à participação realizou-se o agendamento de data e horário convenientes para a realização da entrevista. Seguindo-se assim, para a próxima etapa, no domicílio dos participantes.

Na segunda fase, realizou-se visitas domiciliares, as entrevistas ocorreram por meio da técnica de história oral orientada pela seguinte questão disparadora: Conte-me como é ser mãe de uma criança diagnosticada com Síndrome de Down? A partir desta, outros questionamentos ocorreram no intuito de responder ao objetivo deste estudo. As entrevistas ocorreram apenas uma vez com cada participante, com duração média de 120 minutos cada. As falas foram gravadas com recurso de áudio digital e transcritas na íntegra. A equipe de pesquisa compôs-se por pesquisadores mestres e uma graduanda do Curso de Enfermagem.

Os discursos foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática<sup>(8)</sup>, as quais deram origem às seguintes categorias: Vivenciando o diagnóstico de Síndrome de Down; As transformações no cotidiano e suas implicações; e, A assistência de saúde dispensada às mães com crianças diagnosticadas com Síndrome de Down.

No intuito de preservar a identidade dos sujeitos, as participantes receberam um código correspondendo a sua entrada na pesquisa (Mãe 01 – 06). Destaca-se que todos os preceitos éticos conti-



dos nas Resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016 foram respeitados, todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá, sob parecer n.º 1.694.724/2016.

## RESULTADOS

Pode-se identificar uma trajetória em relação as experiências vivenciadas pelas mães cujos filhos foram diagnosticados com Síndrome de Down, as quais passam pelo diagnóstico, as suas implicações no cotidiano familiar e o papel da assistência em saúde no enfrentamento dos obstáculos que se apresentam. Nessa perspectiva, optou-se por expor os resultados no formato de três categorias, as quais são apresentadas a seguir.

### Vivenciando o diagnóstico de Síndrome de Down

Esta categoria apresenta os relatos das participantes em relação ao momento em que descobriram o diagnóstico de seus filhos, bem como a sua compreensão do que isto representaria para suas vidas. Notou-se que dentre as seis mães, cinco receberam o diagnóstico de Síndrome de Down após o nascimento do filho, apenas uma relatou a descoberta ainda durante a gestação. Frente a este evento inesperado, as participantes revelaram vivenciar o choque inicial quanto ao diagnóstico, sentido, especialmente, medo pelo desconhecido, por pensar que não conseguiriam atender às necessidades da criança.

“Quando o médico me falou [sobre o diagnóstico], eu estava sozinha, [o bebê] tinha acabado de nascer, no outro dia já fiquei sabendo. Eu só senti medo, muito medo, não fiquei triste, você leva aquele baque, um choque”. (Mãe 01)

“A princípio foi um susto, tudo era novo para mim, era desconhecido. Por ser também

a primeira gravidez, para mim, mesmo se fosse sem a síndrome de Down, seria tudo novo, mas com a síndrome se tornou mais complicado. Achei que não daria conta na verdade”. (Mãe 03)

As experiências frente ao diagnóstico de Síndrome de Down desencadearam diversas reações entre as mães, incluindo sentimentos de negação e rejeição ao se depararem com a condição de ter um filho diferente. O que resultou na não aceitação da criança como seu filho e recusa em prestar os cuidados ao bebê no primeiro momento de vida. Identificou-se também, o quanto as mães se questionavam sobre os motivos pelos quais estavam passando por tal situação.

“Foi horrível. Não sei nem explicar o que eu senti. Não adianta nos iludirmos dizendo: me conformei. Mentira! Lógico que eu fiquei muito magoada. Porque ninguém espera nove meses para ter um filho deficiente”. (Mãe 05)

“No momento que soube eu rejeitei. Eu soube [do diagnóstico] era sete horas da manhã, até o meio dia, não queria dar mama para ele [filho]. Achava que não era meu filho, eu pensava: não, não, não pode ser, não pode ser, ficava me questionando por que eu? Por que comigo?” (Mãe 01)

Com o passar do tempo, a negação e o medo inicial relacionados ao diagnóstico se transformam em aceitação. Ao compreender o filho e as questões que abarcam a Síndrome de Down, passam a respeitar as limitações e a valorizar as conquistas que ocorrem gradualmente.

“Hoje digo que não queria meu filho de outro jeito, do jeitinho que Deus me deu é que eu o quero. Não tenho nenhum sentimento ruim quanto a isso, nada! Nenhuma insegurança. Não acho

que meu filho é inferior a nenhuma criança. Ele tem as limitações dele como todo mundo tem, tem o tempo dele, respeito e incentivo em várias coisas, a cada dia uma conquista”. (Mãe 02)

### As transformações no cotidiano e suas implicações

Esta categoria evidencia as transformações que ocorreram no cotidiano das participantes após a inserção de um filho diagnosticado com Síndrome de Down e as implicações resultantes deste evento. As modificações se deram, especialmente, no âmbito do trabalho, porque necessitavam de tempo para atender às necessidades de saúde da criança.

“Acho ruim, mas tive que mudar meu horário de trabalho, porque meu filho precisa de cuidados especiais. Por exemplo, ele precisa fazer reforço, se ele não fosse especial talvez ele não precisasse de reforço. Então eu me adequiei as necessidades dele. É algo necessário que tenho que fazer pelo bem do meu filho”. (Mãe 02)

“A chegada de um bebê por si só gera mudanças e a principal delas, que me deixou desorientada é que, para cuidar da minha filha, precisei me ausentar de tudo, tive que deixar meu trabalho e passar a cuidar só dela. Ir atrás de médicos, de terapias, essa foi a grande mudança”. (Mãe 04)

A chegada de um filho com Síndrome de Down também ocasiona diferentes reações entre os demais membros da família. Em algumas mães, notou-se a fragilidade dos laços afetivos por meio da ausência. Em outras, frente à nova situação, as pessoas se uniram em prol do bem-estar do grupo e se apoiaram mutuamente.

“A família é muito ausente, cada um tem seu ritmo, mas quase não tem participação alguma”.

(Mãe 06)

“Quando nós soubemos que meu filho era especial, de certa forma, isso uniu ainda mais a família. Até porque ficaram mais próximos [os parentes]. Vieram me dar uma força, me ajudar e me apoiar emocionalmente também. Na época, minha sogra veio para me ajudar em tudo, até porque era meu primeiro filho”. (Mãe 02)

A vivência foi permeada por obstáculos, os quais foram necessários ser enfrentados com paciência e persistência. A alimentação e a comunicação foram descritas como os principais desafios a serem vencidos, ambos refletiram na situação financeira das famílias.

“Eu tive muita dificuldade quando minha filha nasceu, principalmente na alimentação. Não sabia que ela tinha intolerância à lactose, eu comecei a dar leite normal, com três meses descobri que ela não o aceitava. Minha filha vivia com infecção intestinal, ela ficou internada, foi para UTI, ficou 11 dias entubada, até que descobri que ela tinha alergia. Precisei usar um leite que custava R\$180,00 a lata”. (Mãe 05)

“Sinto dificuldade para me comunicar com meu filho, ele não se comunica bem e nós não entendemos nada. Eu não tenho dinheiro para ele fazer fonoaudiólogo. Tem coisa que tenho que pedir para ele repetir, tenho que ficar bem atenta”. (Mãe 01)

Com o decorrer do tempo, as mães passam a se preocupar com o futuro dos filhos, principalmente em relação a sua finitude (quem será responsável pelo cuidado com o filho) e quanto ao seu desenvolvimento motor, cognitivo e escolar.

“Eu me preocupo com o futuro, quem vai cuidar [do meu filho]

depois que eu morrer? Quem que vai ficar com ele? Quem vai dar atenção? Eu fico pensando, quem vai poder ajudá-lo”. (Mãe 03)

“O que os outros vão pensar? Como que minha filha irá se desenvolver? Como futuramente será o estudo? Todas as questões que nós como mãe nos perguntamos, nós ficamos imaginando”. (Mãe 04)

## A assistência de saúde dispensadas às mães com crianças diagnosticadas com Síndrome de Down

Nesta categoria, demonstrou-se a experiência das mães quanto à assistência de saúde recebida. Os atendimentos ofertados pelos serviços públicos, frequentemente, possuem enfoque na aceitação do filho como um sujeito com limitações ou em cuidados diretos a criança, mas não abordam as demais dimensões que envolvem este evento.

“O SUS fornece uma psicóloga para fazer tratamento com você de aceitação, mas como eu dizia a ela [psicóloga], não adianta você vir aqui toda semana falar: você tem que aceitar. Você vai ter que engolir, com o tempo vai se acostumando com a ideia, mas falar que você vai aceitar, que vai se conformar, isso não existe”. (Mãe 05)

“Não me sinto inserida [no acompanhamento], poderia ser muito melhor. A APAE tinha uma clínica do SUS, agora eles não têm mais, não existe mais atendimento ao público, a única coisa que tem é a pediatra. Tinha que ter um atendimento mais próximo da família”. (Mãe 01)

Notou-se que para os atendimentos em situações agudas, frequentes em crianças com Síndrome de Down, o Sistema Único de Saúde (SUS) conseguiu atender a estas demandas com qualidade e eficiência. Entretanto, quando se

trata de serviços especializados, como terapeutas, neurologistas, entre outros, a demora para conseguir ser consultado, fez com que as famílias recorressem aos serviços privados, sobrecarregando o orçamento familiar.

“Quando meu filho fica doentinho, sempre levo no SUS, ele sempre foi bem atendido, melhor do que no plano de saúde. Eu levo na UPA e sou atendida bem mais rápido, se precisar fazer exames já fazem, pego medicamento”. (Mãe 02)

“Como minha filha precisava de bastante especialidade, nós tivemos que renunciar a algumas coisas para poder manter um plano de saúde. Porque no SUS, nós sabemos que não tem consulta na hora”. (Mãe 03)

## DISCUSSÃO

Os resultados permitiram compreender a vivência de mães cujos filhos foram diagnosticados com Síndrome de Down. A qual permeia-se por sentimentos diversos, como medo, negação, frustração e preocupação com o futuro dos filhos, associados as intensas modificações em seu cotidiano. Por tratar-se de uma situação inusitada, as pessoas a experienciam de diferentes modos, os quais podem incidir positiva ou negativamente sobre sua forma de lidar com o evento<sup>(1)</sup>.

Estudos que analisaram as experiências de pais com Síndrome de Down revelaram que as reações parentais ao diagnóstico de Síndrome de Down foram semelhantes às de um processo de luto, assumindo que passaram pela fase do choque, da tristeza, da raiva e da ansiedade para, posteriormente, alcançarem a fase de aceitação. Esses sentimentos ocorreram num percurso gradual de adaptação, geralmente conducente à restituição do equilíbrio emocional e familiar<sup>(4,9)</sup>. Ainda, demonstrou que durante a gravidez a mãe constrói a imagem de seu bebê imaginan-

do-o perfeito, configurando-se um bebê idealizado/sonhado. Mesmo que este nasça saudável, existem características que podem não corresponder ao desejado pela mãe. Quando há o enfrentamento da notícia do diagnóstico de Síndrome de Down, a mãe se depara não só com o bebê real, mas também com o bebê com necessidades específicas<sup>(4,10)</sup>.

Observa-se que tal situação exige que as mães entrem em um processo de reorganização psíquica e, conseqüentemente, emocional, quanto à imagem do filho idealizado, somente assim terá condições de oferecer-lhe sentimentos de aceitação e manter a qualidade da maternagem. Desta forma, para que este processo se desenvolva de forma eficiente, é preciso que a mãe deseje se envolver com a criança, se engaje nos cuidados e nutrição do afeto. Após ocorrerem estas reações emocionais, gradualmente ela se adaptará a sua realidade e, aos poucos, se tornará menos propensa a perceber exclusivamente a síndrome e aceitar a criança<sup>(3)</sup>.

Neste sentido, estudo realizado com 10 mulheres com filhos com Síndrome de Down em idade escolar (6 a 10 anos), identificou diversas formas de aceitar a deficiência. Para algumas mães, a aceitação é mais fácil e, para outras, é preciso mais tempo para elaborar essa nova realidade. Observou-se que quando os filhos já estão em fase de escolarização, a aceitação da deficiência é levada com mais tranquilidade e ainda buscam experimentar o prazer de serem mães de um filho com Síndrome de Down<sup>(11)</sup>.

Em conformidade com os achados desta pesquisa, um estudo realizado com famílias de adolescentes com Síndrome de Down relatou preocupação com o futuro de seu filho acerca de quem executará o cuidado na sua ausência, gerando angústias e desassossego pela preocupação com a dependência do filho<sup>(12)</sup>. A morte dos pais antes dos filhos é algo que gera grande preocupação quando se diz respeito a filhos com deficiência, as mães se preocupam com o cuidado de seu filho na sua ausência e com quem

“

No tocante às transformações que ocorreram no cotidiano de mães que possuem filhos com Síndrome de Down, observou-se maior impacto na vida profissional das participantes, as quais necessitaram adaptar a carga horária ou até mesmo deixar o vínculo empregatício para se dedicarem exclusivamente ao cuidado da criança.

”

irá substituí-las. Assim, nota-se que, independentemente da condição crônica dos filhos, as mães deparam-se com as mesmas preocupações. Outro motivo de preocupação é o desenvolvimento do filho, as mães expressam desejos de que os filhos tenham uma vida adulta e independente, mas, em contrapartida, assumem uma postura protetora<sup>(11)</sup>.

No tocante às transformações que ocorreram no cotidiano de mães que possuem filhos com Síndrome de Down, observou-se maior impacto na vida profissional das participantes, as quais necessitaram adaptar a carga horária ou até mesmo deixar o vínculo empregatício para se dedicarem exclusivamente ao cuidado da criança. Resultados semelhantes foram encontrados na literatura<sup>(1,13,14)</sup>.

Estas mudanças ocorrem no cotidiano de toda a família, mas são mais intensas na vida das mulheres, visto que, culturalmente, são as principais responsáveis pelo cuidado de seus filhos, especialmente daqueles que possuem alguma deficiência, resultando na renúncia de outras áreas de sua vida, como as atividades de lazer e o próprio emprego<sup>(11)</sup>. Em alguns casos, a mulher é tão pressionada a assumir o cuidado do filho com Síndrome de Down que, frequentemente, torna-se a única a exercer este papel, sobrecarregando-a e podendo levá-la ao esgotamento físico e mental<sup>(14)</sup>.

Nessa perspectiva, o apoio familiar consiste em uma ferramenta estratégica que contribui para o enfrentamento de uma nova condição que se instalou no cotidiano dessas mulheres. A cooperação se dá por meio de turnos de vigilância e cuidado qualificado, o qual, além de promover a segurança da criança e tempo para a mãe realizar outras atividades, estimula a interação social e o desenvolvimento corporal e cognitivo das crianças<sup>(15)</sup>.

Vale ressaltar que as crianças diagnosticadas com Síndrome de Down demandam por uma rotina de cuidados intensos, os quais requerem a atenção de fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, fisioterapeutas, entre outros profissionais.

Tais cuidados quando não garantidos pelo Sistema Único de Saúde, geram intensa sobrecarga financeira às famílias. Associa-se a inabilidade dos serviços públicos em atender todas as demandas de crianças com necessidades especiais, a impossibilidade de muitas mães desenvolverem atividades remuneradas, o que agrava a situação financeira das famílias. Estudo conduzido com cuidadores familiares de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), identificou que havia maior sobrecarga sobre aqueles que não desenvolviam atividades remuneradas<sup>(16)</sup>. Semelhantemente, estudo conduzido com mães de pessoas com esquizofrenia, identificou a dificuldade de estas mulheres manterem-se em seus empregos, devido a dedicação exclusiva ao filho<sup>(13)</sup>.

Ainda, no tocante aos serviços de saúde oferecidos, ressalta-se a importância do acompanhamento por profissionais capacitados, realizado de forma integral e humanizada, e não focado apenas nos momentos iniciais, mas em todo ciclo vital da pessoa com Síndrome de Down e à sua família<sup>(11)</sup>.

Destaca-se a necessidade do planeja-

mento, desenvolvimento e implantação de programas de apoio e atenção à saúde das mães de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. A ausência de políticas públicas e serviços que os amparem potencializa os fatores geradores de sobrecarga, requerendo maiores investimentos públicos para os tratamentos destes agravos<sup>(17)</sup>.

Os achados deste estudo contribuíram para os profissionais de saúde aprenderem as intensas modificações que ocorrem no cotidiano de mulheres cujos filhos foram diagnosticados com Síndrome de Down. Compreendendo a partir de suas vivências a necessidade dessas pessoas, as quais sofrem com a sobrecarga emocional, física e financeira e que, por vezes, é desassistida. A assistência deve ser voltada para um desenvolvimento de maternagem saudável, capaz de responder às necessidades do binômio mãe-filho. Dentre as limitações, cita-se o fato de a pesquisa não ter envolvido outros membros da família, os quais poderiam ter enriquecidos o entendimento do fenômeno com suas diferentes perspectivas em relação ao vivido.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados, pode-se compreender as vivências de mães de crianças diagnosticadas com Síndrome de Down. Identificou-se emoções e sentimentos experimentados no momento do diagnóstico, os quais perpassaram durante todo o desenvolvimento do filho e incidiram sobre o processo de maternagem, tais como: medo do desconhecido, revolta, preocupação, negação e rejeição. Esses sentimentos foram superados de acordo com o processo de aceitação da condição crônica da criança. Outro aspecto evidenciado consiste no fato de as mães enfrentarem inúmeros desafios e dificuldades em seu cotidiano, os quais incidiram, principalmente sobre suas atividades laborais. Ressaltou-se também, a necessidade de planejar os cuidados à criança com Síndrome de Down com enfoque familiar, especialmente considerando as necessidades das mães, as quais estão mais intimamente envolvidas no cuidado e tem suas vidas modificadas por ele. 🐦

## Referências

1. Miranda ACRL, Barreto MS. Crianças com síndrome de down: experiências cotidianas vivenciadas pelas famílias. *REPENF – Rev Par Enferm.* 2019; 2(1):13-22.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Bolentini M, Ferreira LL, Magalhães A. Down Syndrome X Mothering: The Impact of the Diagnostics in the Mother-Baby Relationship. *Rev. Fragmentos de Cultura.* 2018; 28: 40-53.
4. Andrade FMRR. O luto pelo filho idealizado: pais da criança com Síndrome de Down. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa – Portugal, 2015.
5. Aldecoa TV, Conty JLM, Serrano RMC, Pérez CF. Comunicación del diagnóstico de Síndrome de Down: relatos de las madres. *Cuadernos de Bioética.* 2018; 29 (96): 147-158.
6. Coelho C. A Síndrome de Down. *Revista Psicologia. O Portal dos Psicólogos,* 2016.
7. Silva AF, Trabaquini PS. Assistência de enfermagem para crianças com síndrome de down. *SAJES - Rev Saúde da AJES.* 2019;5(9):1-9.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70; 2011.
9. Buyukavci MA, Dogan DG, Canaloglu SK, Kivilcim M. Experiencia de las madres de niños con síndrome de Down al momento del diagnóstico. *Arch. argent. pediatr.* 2019;117(2):114-119.
10. Bogo MLF, Cagnini ZVS, Raduenz M. Momento do Diagnóstico de Deficiência: Sentimentos e Modificações na Vida dos Pais. *Psicologado.* 2014;4.
11. Kortchmar E, Jesus MCP, Merighi MAB. Vivência da mulher com um filho com síndrome de down em idade escolar. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(1):13-20.
12. Ronca RP, Rocha MM, Pozzi DC, Cymrot R, Blascovi-Assis SM. Síndrome de down: irmãos fazem diferença na qualidade de vida dos pais? *Psicologia em Estudo.* 2019;24:e44238.
13. Bellini LC, Cunha MS, Silva TFC, Giacon BCC. A experiência de ser mãe de um indivíduo com esquizofrenia. *Cienc Cuid Saude.* 2016;15(4):701-707.
14. Hannun JSS, Miranda FJ, Salvador IF, Cruz AD. Impacto do Diagnóstico nas Famílias de Pessoas com Síndrome de Down: Revisão da Literatura. *Pensando Famílias.* 2018;22(2):121-136.
15. Oliveira APRS. A criança com síndrome de down e sua família: estratégias para a educação. *Revista Educação e Ciências Sociais.* 2019;2(2):91-115.
16. Rodrigues DZ, Ferreira FY, Okido ACC. Sobrecarga do cuidador familiar de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2018;20:v20a48.
17. Barros ALO, Barros AO, Barros GLM, Santos MTBR. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. *Cienc Saúde Coletiva.* 2017;22(11):3625-3634.

# Avaliação da eficácia e efetividade de treinamentos ministrados à enfermagem de um hospital geral acreditado

**RESUMO** | Objetivos: Analisar o processo de avaliação da reação, aprendizagem, comportamento e de resultados dos treinamentos ministrados à equipe de enfermagem. Método: Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo de abordagem quantitativa. Resultados: Na avaliação de reação, verificou-se que 75,0% apontaram como adequadíssimas a atuação do facilitador e 64,3% à estratégia adotada. Na avaliação de aprendizagem verificou-se um aumento do número de acertos apenas na questão nove cuja porcentagem passou de 25,0% para 71,4%. Quanto à avaliação de comportamento, não foram verificadas mudanças no padrão de comportamento das anotações de enfermagem de todos os três itens entre a primeira e a segunda avaliação e entre a segunda e terceira avaliação. Quanto à avaliação de resultados foi verificado um aumento na média de anotações corretas para oito itens. Conclusão: Frente ao resultado deste estudo, considera-se necessária a responsabilização dos enfermeiros no processo de desenvolvimento da equipe.

**Palavras-chaves:** Enfermagem; Treinamento; Educação Continuada em Enfermagem; Avaliação; Avaliação Educacional.

**ABSTRACT** | Objectives: To analyze the process of evaluating the reaction, learning, behavior and results of the training given to the nursing team. Method: This was a descriptive, exploratory, field study with a quantitative approach. Results: In the reaction assessment, it was found that 75.0% indicated the role of the facilitator as very adequate and 64.3% to the adopted strategy. In the learning assessment, there was an increase in the number of correct answers only in question nine, whose percentage went from 25.0% to 71.4%. As for the behavioral assessment, there were no changes in the behavior pattern of the nursing notes of all three items between the first and the second assessment and between the second and the third assessment. As for the evaluation of results, there was an increase in the average of correct notes for eight items. Conclusion: In view of the result of this study, it is considered necessary to hold nurses accountable in the team development process.

**Keywords:** Nursing; Training; Continuing Education in Nursing; Evaluation; Educational Evaluation.

**RESUMEN** | Objetivos: Analizar el proceso de evaluación de la reacción, el aprendizaje, el comportamiento y los resultados de la capacitación impartida al equipo de enfermería. Método: Este fue un estudio de campo descriptivo, exploratorio, con un enfoque cuantitativo. Resultados: En la evaluación de la reacción, se encontró que el 75.0% indicó que el rol del facilitador era muy adecuado y el 64.3% a la estrategia adoptada. En la evaluación del aprendizaje, hubo un aumento en el número de respuestas correctas solo en la pregunta nueve, cuyo porcentaje pasó del 25.0% al 71.4%. En cuanto a la evaluación del comportamiento, no hubo cambios en el patrón de comportamiento de las notas de enfermería de los tres ítems entre la primera y la segunda evaluación y entre la segunda y la tercera evaluación. En cuanto a la evaluación de resultados, hubo un aumento en el promedio de notas correctas para ocho ítems. Conclusión: en vista del resultado de este estudio, se considera necesario responsabilizar a las enfermeras en el proceso de desarrollo del equipo.

**Descriptores:** Enfermería; Formación; Educación Continua en Enfermería; Evaluación; Evaluación Educativa.

## Paula Maria Corrêa de Gouveia Araújo

Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Paulista de Enfermagem-UNIFESP. Supervisora Enfermagem responsável pela Educação Continuada e Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Santa Marcelina de Itaquaquecetuba. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Avaliação dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPAV-SE)/EPE – UNIFESP.

## Maria D' Innocenzo

Enfermeira, doutora em ciências da saúde. Doutora, professora associada Escola Paulista de Enfermagem / UNIFESP. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Avaliação dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPAV-SE)/EPE – UNIFESP.

## Maria Lucia Alves Pereira Cardoso

Enfermeira, Especialista em Gestão de Saúde em Enfermagem e Doutora em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem – UNIFESP. Docente e Coordenadora de Pós Graduação da FECS Faculdade do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Avaliação dos Serviços de Saúde e Enfermagem (GEPAV-SE) / EPE – UNIFESP.

## INTRODUÇÃO

Nas Instituições prestadoras de serviços de saúde, a equipe de enfermagem constitui o maior número de profissionais, atuando na assistência à saúde, contingente este estimado em 60%. Desse modo, o sucesso e efetividade na formação e capacitação desses profissionais estão diretamente relacionados aos resultados positivos obtidos com as melhores práticas assistenciais<sup>(1)</sup>.

O interesse pelo tema relativo à avaliação de treinamentos ministrados à equipe de enfermagem tornou-se imprescindível, visto que se trata de um assunto de suma importância, pois o grande desafio não é só ministrar ou facilitar que ocorram as atividades educativas, mas sim mensurar a eficácia e efetividade dos treinamentos, através da verificação do

**Recebido em:** 15/02/2020

**Aprovado em:** 17/02/2020

aprendizado, da mudança de comportamento e do impacto nos resultados.

Treinamento é uma das estratégias para aquisição de aprendizagem. Pode ser definido como "um processo educacional que é aplicado de maneira sistemática e organizada pelo qual as pessoas adquirem conhecimentos, atitudes e habilidades em decorrência dos objetivos definidos"<sup>(2)</sup>. Modernamente, é considerado um meio para melhorar o desempenho no cargo<sup>(3)</sup>.

Desta forma, para prestar uma assistência qualificada ao cliente, atendendo às novas exigências do mercado de trabalho e do desenvolvimento tecnológico das empresas, estas precisam desenvolver estratégias para atualização contínua dos seus profissionais<sup>(4,5)</sup>. Na área da saúde devem ser intensificadas as ações educativas para garantir a segurança dos profissionais, dos pacientes e da instituição.

Cabe destacar que é necessário o alinhamento do treinamento com as diretrizes corporativas e também com o ambiente no qual a empresa está inserida<sup>(6,7)</sup>.

As empresas investem cada vez mais em treinamentos com o objetivo de que os participantes aprendam e transfiram novos conhecimentos, habilidades e atitudes para o seu ambiente de trabalho<sup>(4)</sup>. Entende-se que esse seja o maior desafio, transferir e aplicar o conhecimento na prática.

O treinamento é um processo cíclico e contínuo composto de quatro etapas: Levantamento das necessidades de treinamento (LNT), Programação de treinamento, Implementação e Execução do programa e Avaliação dos resultados<sup>(8)</sup>.

Por meio da avaliação dos processos educativos, será possível, ainda, obter indicadores que demonstrem em ações práticas os resultados desses processos<sup>(9)</sup>. A avaliação de treinamentos é capaz de proporcionar, no mínimo, um importante indicador de uso dos recursos financeiros e não financeiros da organização<sup>(10)</sup>.

Esta etapa tem a finalidade de verificar a efetividade das ações instrucionais<sup>(11)</sup>, ou seja, constatar se após certo período da aplicação do treinamento há evidências de aprendizado.

Ao se avaliar um treinamento devem-se levar em consideração todos os passos adotados para o planejamento do mesmo<sup>(11)</sup>.

É comum, nos serviços de saúde, a prática de programas educacionais, porém percebem-se dificuldades em encontrar exemplos de avaliações de seus resultados<sup>(12)</sup>.

Nesse estudo, o referencial teórico utilizado foi de Donald Kirkpatrick, pois além de ser pioneiro e consagrado internacionalmente, é considerado exemplo tradicional da área de treinamento com foco em resultado e o seu modelo contribui com os objetivos deste estudo.

Nos anos 1950, Donald Kirkpatrick publicou artigos, nos quais estabelecia quatro níveis de avaliação: avaliação de reação, avaliação de aprendizagem, avaliação de comportamento e avaliação de resultado<sup>(13)</sup>. A seguir são apresentados os quatro níveis estabelecidos por Donald Kirkpatrick:

Nível 1 – Reação mede a satisfação dos participantes com o treinamento;

Nível 2 – Aprendizagem, diz respeito à melhora no conhecimento, habilidade e atitude dos participantes proporcionada pela participação nos treinamentos;

Nível 3 – Comportamento, refere-se a mudança de atitude em função da participação em um programa de treinamento;

Nível 4 – Resultados, reflete o retorno para a organização, da participação do profissional em programas de treinamento, podendo ser medido em termos de aumento de produção, melhora da qualidade, redução de custos, menor rotatividade, melhor lucro e menor frequência ou gravidade de acidentes<sup>(14)</sup>.

Embora muitos profissionais identifiquem a importância do assunto, poucos estudos apontam a validação dos treinamentos realizados nas instituições de saúde.

Os objetivos deste estudo foram: analisar o processo de avaliação da reação, no que se refere à metodologia utilizada, local, facilitador, material e horário dos treinamentos ministrados à equipe de enfermagem; analisar o processo de avaliação da aprendizagem dos treinamentos ministrados à equipe de enfermagem; analisar o processo de avaliação de comportamento

dos treinamentos ministrados à equipe de enfermagem; analisar o processo de avaliação de resultados dos treinamentos.

**METODOLOGIA**

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se em utilizar o método descritivo correlacional, exploratório, de campo sob a abordagem quantitativa.

Na coleta de dados, foi utilizada a descrição das técnicas citadas a seguir, visto que a coleta tem a finalidade de obter informações para que os objetivos sejam alcançados.

Estas técnicas usadas foram: Observação e Pesquisa documental.

A observação é uma técnica que usa os sentidos para obtenção de determinados aspectos da realidade<sup>(15)</sup>.

Na pesquisa documental, a fonte de coleta de dados é restrita a documentos escritos ou não<sup>(15)</sup>.

O estudo foi desenvolvido em uma Organização Social de Saúde (OSS), de parceria com Governo Estadual. Trata-se de um hospital geral de nível terciário, sendo também centro de referência para o trauma, localizado na região de Itaquaquecetuba da Grande São Paulo. Esta Unidade foi inaugurada em março de 2000, possui 247 leitos, dispõe de elevada estrutura para atender os 11 municípios da região.

Os setores selecionados para a realização do estudo de campo foram: a Maternidade (alojamento conjunto) e Unidade Neonatal (Berçário Patológico) do referido Hospital, por estarem relacionados à formação da pesquisadora, por possuírem protocolos específicos e ser referência para a região pelo atendimento de casos de alto risco.

A população em estudo foi representada pelos profissionais auxiliares de enfermagem que atuam a mais de 90 dias na Maternidade (alojamento conjunto) e Unidade Neonatal da instituição onde o estudo foi realizado, e os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de férias, folga, licença-maternidade, licença médica e os admitidos ou rema-

nejados para o setor nos últimos 90 dias antes da aplicação do treinamento.

Neste estudo, os instrumentos foram desenvolvidos através da experiência da pesquisadora e por meio de uma revisão da literatura com enfoque no modelo da avaliação de treinamentos do Donald Kirkpatrick e recomendações sobre anotação de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP).

Antes de iniciar a coleta de dados, os instrumentos foram encaminhados para avaliação do conteúdo. Foi utilizada a técnica de Delphi para verificação da clareza e da relevância do conteúdo das afirmativas dos instrumentos de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada depois de concluída as 1ª, 2ª e 3ª etapas descritas a seguir:

✓ 1ª etapa: apreciação e aprovação da Gerência de Enfermagem e Diretoria Administrativa do Hospital campo de estudo, localizado em Itaquaquecetuba. (Anexo 1).

✓ 2ª etapa: apreciação e aprovação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 2) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Projeto n.º 0019/2015, Parecer: n.º 991.271, n.º CAAE: 4065 3914.5.0000.5505. Após foi feita a revalidação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição localizada em Itaquera - SP, que também pertence à rede do Hospital do estudo de Itaquaquecetuba.

✓ 3ª etapa: aplicação do TCLE.

O participante do estudo foi abordado individualmente em uma sala do Hospital de Itaquaquecetuba no período de 09 a 11/03/2016 onde recebeu informações sobre o objetivo e a finalidade do trabalho.

Depois de esclarecidas as dúvidas, o convidado que aceitou o convite, assinou o Termo, dando seu consentimento livre e esclarecido na presença do pesquisador.

Os dados foram coletados em três etapas.

A primeira etapa ocorreu 30 dias antes do treinamento no período de 17/03/16 a 23/03/16 com a realização da análise dos registros de enfermagem pela pesquisadora utilizando o instrumento de Avaliação Resultados – nível 4. Na Instituição, local

de estudo havia um cronograma de treinamento com a previsão da abordagem do tema Anotação de Enfermagem. A partir daí foi elaborado o Programa de treinamento.



Neste estudo, os instrumentos foram desenvolvidos através da experiência da pesquisadora e por meio de uma revisão da literatura com enfoque no modelo da avaliação de treinamentos do Donald Kirkpatrick e recomendações sobre anotação de enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN SP).



A segunda etapa correspondeu ao momento de aplicação do treinamento, que ocorreu de 26/04 a 01/05/16. As estratégias utilizadas para o treinamento foram aula teórica e exemplos de anotações

de enfermagem, retirados de prontuários dos pacientes. O treinamento ocorreu em diversos horários: no início do plantão às 7h10 e 13h10, no meio do plantão às 15h e ao término do plantão às 5h30 com duração aproximada de 30 minutos cada abordagem. O material didático utilizado se constituiu de apostila em Power Point, guia de anotação de enfermagem e cases. Todos os treinamentos foram realizados no local de trabalho dos participantes do treinamento, nas Unidades: Neonatal e Maternidade – Alojamento Conjunto.

A facilitadora de todos os treinamentos foi a enfermeira responsável pelo setor de Educação Continuada do Hospital da realização do estudo. Antes do início do treinamento foi entregue o impresso de caracterização do sujeito e o instrumento de avaliação de aprendizagem para que os profissionais respondessem. Os treinamentos foram aplicados nas datas e locais previstos, com exceção de um único agendamento que foi reprogramado devido à intercorrência no setor. Em todas as abordagens a lista de frequência padronizada pela Instituição foi assinada pelos participantes para que ficasse registrada a presença ao treinamento. Ao término do treinamento foi solicitado novamente aos participantes que respondessem a avaliação de aprendizagem.

A terceira etapa realizada 30 dias após a aplicação do treinamento no período de 24/05 a 13/06/16. Esta fase contemplou o preenchimento da avaliação de comportamento (nível 3) pelo gestor imediato do auxiliar de enfermagem que participou do treinamento e a análise dos registros de enfermagem pela pesquisadora com a utilização do instrumento (Avaliação Resultados – nível 4).

Os dados coletados foram organizados e armazenados em planilhas eletrônicas, utilizando o software Microsoft Excel®. Posteriormente, os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo máximo e desvio padrão).

**Tabela 1. Distribuição da Avaliação de reação ao treinamento ministrado. São Paulo, SP, Brasil, 2016**

Reação	N	%
<b>Estratégias de ensino</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
Adequadíssimo	18	64,3
Bem adequado	7	25,0
Adequado	3	10,7
<b>Horário</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
Adequadíssimo	7	25,0
Bem adequado	10	35,7
Adequado	6	21,4
Pouco adequado	4	14,3
Não adequado	1	3,6
<b>Material Didático</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
Adequadíssimo	14	50,0
Bem adequado	9	32,1
Adequado	5	17,9
<b>Local</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
Adequadíssimo	12	42,9
Bem adequado	9	32,1
Adequado	6	21,4
Pouco adequado	1	3,6
<b>Facilitador</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>
Adequadíssimo	21	75,0
Bem adequado	6	21,4
Adequado	1	3,6

**RESULTADOS**

Na Tabela 1 pode-se observar que 21 (75,0%) sujeitos que participaram da pesquisa assinalaram a escala Likert utilizada na avaliação de reação como sendo adequadíssimo a atuação do facilitador, 18 (64,3%) a estratégia de ensino utilizada, 14 (50,0%) o material didático e 12 (42,9%) o local da realização do treinamento e apenas 7 (25%) o horário de realização do treinamento.

**DISCUSSÃO**

O objetivo da avaliação de reação é investigar se o treinando está satisfeito, ou seja, se tem reação favorável em relação ao evento que acabou de participar<sup>(16)</sup>.

Estudo realizado aponta que o profissional sente-se mais seguro em um ambiente que lhe é familiar, como o seu local de trabalho<sup>(17)</sup>. Mas não foi o que ocorreu nesta pesquisa conforme os resultados apresentados na Tabela1. Pode-se inferir que isso se sucedeu devido ter sido reunida toda a equipe de auxiliares de enfermagem do setor para participar no mesmo momento, é possível que se tivesse dividido em turmas, as participantes ficariam mais tranquilas e com a atenção voltada exclusivamente para o treinamento.

**Tabela 2. Distribuição do percentual de respostas certas e erradas nos momentos pré e pós-treinamento. São Paulo, SP, Brasil, 2016**

	Pré		Pós		p
	N	%	N	%	
<b>1. A anotação de enfermagem deve ser assinada e carimbada a cada hora.</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>0,070</b>
Erro	10	35,7	4	14,3	
Acerto	18	64,3	24	85,7	
<b>2. Quando o procedimento é realizado por mais de um profissional os dois devem carimbar e assinar a anotação de enfermagem.</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>1,000</b>
Erro	8	28,6	8	28,6	
Acerto	20	71,4	20	71,4	
<b>3. As orientações e o registro acerca da assistência na amamentação ou do aleitamento materno devem ser realizados somente no início do plantão.</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>1,000</b>
Erro	13	46,4	14	50,0	
Acerto	15	53,6	14	50,0	



4. É necessário registrar a pega e a sucção ao seio materno (presença ou ausência) e características da sucção (efetiva ou inadequada) sempre após as mamadas.	28	100,0	28	100,0	0,625
Erro	5	17,9	3	10,7	
Acerto	23	82,1	25	89,3	
5. É importante realizar a anotação de enfermagem após orientar a mãe para manter o recém-nascido no berço em decúbito dorsal.	28	100,0	28	100,0	0,289
Erro	9	32,1	5	17,9	
Acerto	19	67,9	23	82,1	
6. Quando a anotação de enfermagem apresenta rasuras, deve-se escrever SEM EFEITO, entre parênteses.	28	100,0	28	100,0	0,109
Erro	23	82,1	17	60,7	
Acerto	5	17,9	11	39,3	
7. A anotação de enfermagem deve ser realizada logo após a ocorrência de uma intercorrência com a mãe ou recém-nascido.	28	100,0	28	100,0	0,375
Erro	6	21,4	3	10,7	
Acerto	22	78,6	25	89,3	
8. Uma das finalidades da anotação de enfermagem é servir de documento de proteção para o profissional de enfermagem.	28	100,0	28	100,0	1,000
Erro	2	7,1	1	3,6	
Acerto	26	92,9	27	96,4	
9. As anotações de enfermagem devem ser finalizadas com as frases: "sem intercorrências", "segue aos cuidados da enfermagem".	28	100,0	28	100,0	0,002
Erro	21	75,0	8	28,6	
Acerto	7	25,0	20	71,4	
10. Os sinais vitais devem ser registrados na anotação de enfermagem imediatamente após a conferência.	28	100,0	28	100,0	-
Erro	28	100,0	24	85,7	
Acerto	0	0,0	4	14,3	
11. Toda anotação de enfermagem deve ser precedida por horário.	28	100,0	28	100,0	1,000
Erro	1	3,6	1	3,6	
Acerto	27	96,4	27	96,4	
12. Se o profissional estiver sem o carimbo, deve colocar o primeiro nome, RG e nº do Conselho.	28	100,0	28	100,0	1,000
Erro	22	78,6	21	75,0	
Acerto	6	21,4	7	25,0	

Notas: p– Nível descritivo do teste de McNemar.

(-). Não foi possível realizar o teste de McNemar – Ausência de acerto na avaliação inicial

**Tabela 3. Distribuição de percentuais de acertos e erros em relação ao comportamento adotado pelos auxiliares de enfermagem nos momentos de aprendizagem. São Paulo, SP, Brasil, 2016**

	1a. Avaliação		2a. Avaliação		3a. Avaliação		p	
	N	%	N	%	N	%	1a. Aval. x 2a. Aval.	2a. Aval. x 3a. Aval.
1. As anotações de enfermagem foram realizadas logo após o recebimento do plantão	28	100,0	28	100,0	28	100,0	1,000	1,000
Erro	22	78,6	22	78,6	22	78,6		

3. Na anotação de enfermagem no início do plantão está especificado que o Rn / Puérpera mantém pulseira de identificação	28	100,0	28	100,0	28	100,0	0,500	1,000
Erro	17	60,7	19	67,9	18	64,3		
Acerto	11	39,3	9	32,1	10	35,7		

**Tabela 4. Distribuição das medidas-resumo do número de anotações de enfermagem corretas na avaliação de resultados. São Paulo, SP, Brasil, 2016**

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1° Quartil	Mediana	3° Quartil	N	p
<b>Segurança</b>									
1.1. Apresenta registro sobre a presença da pulseira de identificação no paciente.									0,008a
Pré	2,33	0,87	0,00	3,00	2,00	3,00	3,00	24	
Pós	2,83	0,64	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00	24	
Diferença (Pós- Pré)	0,50	0,83	-1,00	3,00	0,00	0,00	1,00	24	
1.2. Na anotação de enfermagem há registro de que foi realizada a dupla checagem na administração de drogas de alerta									-
1.3. Apresenta registro de pelo menos duas medidas de prevenção de queda do RN (Orientação para mãe transportar Rn no berço e não dormir com o Rn no colo; manter portinhola fechada da incubadora)									0,001
Pré	0,29	0,56	0,00	2,00	0,00	0,00	0,50	21	
Pós	1,43	1,29	0,00	3,00	0,00	2,00	3,00	21	
Diferença (Pós- Pré)	1,14	1,28	-1,00	3,00	0,00	1,00	2,00	21	
<b>Administração do leite</b>									
2.1. Apresenta registro sobre a presença ou não de sucção ao seio materno e a sua característica (efetiva ou insuficiente)									0,001
Pré	0,53	0,83	0,00	2,00	0,00	0,00	1,00	15	
Pós	1,93	1,03	0,00	3,00	1,00	2,00	3,00	15	
Diferença (Pós- Pré)	1,40	1,24	-1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	15	
2.2. Apresenta anotação de orientação à mãe sobre: vantagens do aleitamento materno, frequência da amamentação, tempo de cada mamada, pega correta, higienização das mãos e incentivo à ingesta hídrica									0,002
Pré	0,20	0,56	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	15	
Pós	1,47	1,19	0,00	3,00	0,00	1,00	3,00	15	
Diferença (Pós- Pré)	1,27	1,33	-1,00	3,00	0,00	1,00	3,00	15	
2.3. Apresenta anotação referente orientação sobre o posicionamento da puérpera e Rn para a amamentação.									0,001
Pré	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15	
Pós	1,27	1,16	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	15	

Diferença (Pós- Pré)	1,27	1,16	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	15
Administração do leite								
2.4. Na anotação de enfermagem há registro sobre o decúbito que foi mantido o Rn após amamentação.	0,002							
Pré	0,13	0,35	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	15
Pós	1,27	1,33	0,00	3,00	0,00	1,00	3,00	15
Diferença (Pós- Pré)	1,13	1,19	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	15
Conteúdo Geral								
3.1. Consta carimbo e assinatura do profissional de enfermagem ao final da anotação de enfermagem	0,004a							
Pré	2,30	1,07	0,00	3,00	2,00	3,00	3,00	27
Pós	2,93	0,27	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	27
Diferença (Pós- Pré)	0,63	0,97	0,00	3,00	0,00	0,00	1,00	27
3.2 A anotação está clara e objetiva, sem rasuras.	0,106a							
Pré	2,29	0,76	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	28
Pós	2,64	0,87	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00	28
Diferença (Pós- Pré)	0,36	1,03	-2,00	2,00	0,00	0,00	1,00	28
3.3 A anotação está coerente com aos itens checados na Prescrição do enfermeiro.	0,001							
Pré	2,00	1,05	0,00	3,00	1,00	2,00	3,00	19
Pós	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	19
Diferença (Pós- Pré)	1,00	1,05	0,00	3,00	0,00	1,00	2,00	19
3.4 Anotação de enfermagem sem espaço em branco	0,102a							
Pré	2,86	0,45	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	28
Pós	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	28
Diferença (Pós- Pré)	0,14	0,45	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00	28
3.5. As anotações de enfermagem estão precedidas com o respectivo registro do horário em que a Intercorrência e/ou intervenção aconteceu.	0,317a							
Pré	2,96	0,19	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	27
Pós	3,00	0,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	27
Diferença (Pós- Pré)	0,04	0,19	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	27

O treinamento foi agendado em diversos horários, mas todos no horário de trabalho, e isso podem ser que tenha interferido nos resultados deste item.

O resultado referente ao material didático poderia ter sido diferente se fosse

utilizada a impressão colorida, vídeos ou se fosse disponibilizado o conteúdo para ser acessado com o uso da internet.

De acordo com Kirkpatrick, é importante obter uma avaliação de reação positiva, a fim de garantir a continuidade dos

programas<sup>(14)</sup>. A avaliação de aprendizagem foi aplicada em um estudo e mostrou que o melhor desempenho foi atingido pelos profissionais com maior tempo de experiência, o que demonstra que a presença de conhecimento prévio facilita a

assimilação de um novo conhecimento<sup>(18)</sup>.

Observou-se que 7 (25,0%) dos profissionais apresentaram acertos nos itens 6, 10 e 12, permanecendo em níveis similares mesmo após o treinamento.

O resultado destas três questões é relevante, pois em um recente estudo foi reforçado que os objetivos das anotações de enfermagem são garantir a comunicação efetiva entre a equipe de saúde e servir de documento legal de defesa dos profissionais, devendo ser realizada imediatamente após a observação de intercorrências, sendo precedida de data e hora<sup>(19)</sup>.

Com o resultado da avaliação de comportamento identifica-se a necessidade de promover uma nova sensibilização para reforçar a importância de realizar a anotação de enfermagem, logo no início do plantão.

As anotações de enfermagem devem ser realizadas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida<sup>(18)</sup>, porque se o profissional deixar para anotar no final do plantão ou após muito tempo das ações, poderá ocorrer o esquecimento de dados importantes.

A mudança de comportamento se refere à transferência efetiva do que foi aprendido no Programa de Treinamento e o que se exige do comportamento do treinando no trabalho<sup>(20)</sup>. Por esse motivo é relevante a presença do enfermeiro em todos os treinamentos ministrados a sua equipe.

Para que ocorra mudança de comportamento, são necessárias quatro condições: o treinando precisa querer mudar, precisa saber o que precisa para mudar e como fazê-lo; precisa trabalhar no ambiente adequado e; precisa ser recompensado pela mudança<sup>(14)</sup>.

Segundo um estudo, se os líderes compreenderem os objetivos do treinamento e derem suporte para a transferência de aprendizagem, os resultados dos treinamentos tenderão a ser mais efetivos<sup>(21)</sup>. O papel do enfermeiro inicia-se desde a elaboração da escala para participação e comunicação a equipe referente o tema, finalidade, data e horário do treinamento.



Para que ocorra mudança de comportamento, são necessárias quatro condições: o treinando precisa querer mudar, precisa saber o que precisa para mudar e como fazê-lo; precisa trabalhar no ambiente adequado e; precisa ser recompensado pela mudança<sup>(14)</sup>.



Os resultados obtidos nesta pesquisa convergem com um estudo sobre anotação de enfermagem que conclui ser necessário qualificar essa prática sensibilizando os profissionais de enfermagem sobre a sua importância<sup>(22)</sup>.

Outra pesquisa que fez análise da qualidade das anotações de enfermagem na divisão materno-infantil apresentou resultados satisfatórios como estes apresentados nesta pesquisa<sup>(23)</sup>.

Nas Instituições hospitalares ocorrem com frequência treinamentos para abordar o tema anotação de enfermagem, devido a necessidade de sensibilizar a equipe, que os registros realizados de forma adequada são fundamentais para o respaldo legal do profissional. Diante disso, torna-se motivador após a aplicação dessas ações, avaliar se houve aprendizagem e mudança de comportamento.

#### CONCLUSÃO

O grande desafio dos serviços responsáveis pelo desenvolvimento de treinamentos nas Instituições hospitalares não é somente fazer com que ocorra o treinamento, mas principalmente, mostrar que o treinamento foi eficaz e efetivo.

Este estudo teve como limitações a quantidade reduzida de sujeitos, a ausência de pré-teste e o curto intervalo de tempo entre as três observações na avaliação de comportamento.

Uma sugestão de estudos futuros refere-se à formulação de um instrumento de avaliação de comportamento com itens não relacionados ao conteúdo do treinamento, mas sim referente ao comportamento do participante ao voltar para o seu local de trabalho a fim de detectar mudanças. E esse instrumento deverá ser aplicado logo após o treinamento e mensalmente por três vezes após o treinamento.

Outra sugestão refere-se à reaplicação dos instrumentos validados em diferentes Instituições públicas e privadas, com valores e culturas distintas

das pesquisadas nesta Instituição do estudo, de modo a conferir a abrangência e consistência ao resultado apresentado.

O resultado deste estudo demonstrou a fragilidade do comportamento dos profissionais de enfermagem que

sabem, mas não realizam o que deve ser feito.

Frente a esta situação, considera-se necessário a responsabilização dos enfermeiros no processo de desenvolvimento da equipe em conjunto do Serviço de Educação Continuada, desde o

levantamento das necessidades de treinamentos, no planejamento, na participação dos treinamentos, na supervisão, no monitoramento do desempenho da equipe e principalmente na análise do impacto da eficácia e da efetividade da assistência prestada ao cliente. 🐦

## Referências

- Bastos LF, Ciampone MH, Mira VL. Assessment of evaluation of transference support and training impact on the work of nurses. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2013 Nov-Dec [cited 2016 Dec 15];21(6):1274-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/0104-1169-rlae-21-06-01274.pdf>
- Chiavenato I. *Gestão de pessoas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- Chiavenato I. Planejamento estratégico de gestão de pessoas. In: Chiavenato I, editor. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4a ed. São Paulo: Manole; 2014. p. 58.
- Zerbini T, Abbad G. [Construction and validation of a training transfer scale]. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2010 [cited 2016 Dec 12];30(4):684-97. Portuguese. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a02.pdf>
- Oliveira IJ, Cruz CA. A importância da aplicação do treinamento e desenvolvimento nas organizações. *Rev Cient ITPAC* [Internet]. 2013 Apr [cited 2016 Dec 12];6(2):6. Available from: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/62/2.pdf>
- Gonçalves A, Mourão L. A expectativa em relação ao treinamento influencia o impacto das ações de capacitação? *Rev Adm Pública* [Internet]. 2011 Mar-Apr [cited 2016 Dec 13];45(2):483-513. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n2/09.pdf>
- Scorsolini-Comin F, Inocente DF, Miura IK. [Evaluation of a corporate training program: in search of organizational change]. *Rev Bras Orientac Prof* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 13];13(1):75-86. Portuguese. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v13n1/09.pdf>
- Chiavenato I. *Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos*. 7a ed. São Paulo: Manole; 2009. Subsistema de desenvolvimento de recursos humanos; Capítulo 2.
- Mira VL, Peduzzi M, Melleiro MM, Tronchin DM, Prado MF, Santos PT, et al. Analysis of the learning evaluation process of nursing staff actions. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Dec 15];45 Spec No:1574-81. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en\\_v45nspea06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en_v45nspea06.pdf)
- Tavares JC, Souza LB, Fogaça N. Levantamento bibliométrico sobre avaliação de treinamento no trabalho: cenário dos estudos publicados em periódicos da área de Administração entre 2009 e 2013. In: 38º Encontro da ANPAD [Internet]; 2014 Sep 13-17; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2014 [cited 2016 Dec 15]. Available from: [http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014\\_EnANPAD\\_GPR1270.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_GPR1270.pdf)
- Coelho Junior FA, Abbad GS. [Construction and validation of a scale of the impact's measurement depth of a training in the distance in the performance in an organization of the brazilian banking sector]. *REAd* [Internet]. 2010 Jan-Apr [cited 2016 Dec 13];16(1):91-119. Portuguese. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/read/article/view/38978/25012>
- Costa DB, Garcia SD, Vannuchi MT, Haddad MC. Impact of staff training in the health working process: an integrative review. *J Nurs UFPE On-Line* [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Dec 15];9(4):7439-47. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6555/pdf\\_7575](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6555/pdf_7575)
- Gonçalves VL. Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo [tese de Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.
- Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Como avaliar programas de treinamento de equipes: os quatro níveis*. Rio de Janeiro: Senac; 2010. 388 p.
- Pereira JM. *Manual de metodologia científica*. 2a ed. São Paulo: Atlas; 2012.
- Bastos LF. Avaliação da reação, aprendizagem e impacto de treinamento em um hospital do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
- da Costa DB, Vannuchi MT, Haddad M do C, Cardoso MG, da Silva LG, Garcia SD. [The cost of continuing education for the nursing team of a public university hospital]. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2012 Apr-Jun [cited 2017 Jan 11];14(2):257-66. Portuguese. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/14540/11621>
- Chiavenato I. Planejamento estratégico de gestão de pessoas. In: Chiavenato I, editor. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 4a ed. São Paulo: Manole; 2014. p. 58.
- Maxwell B. Documentação e informática. In: Potter PA, Perry AG, editors. *Fundamentos de enfermagem*. 7a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. p. 384-94.
- Scorsolini-Comin F, Inocente DF, Miura IK. [Evaluation of training, development and education programs in the organizational context: models and perspectives]. *Rev Psicol: Org Trab* [Internet]. 2011 Jan-Jun [cited 2016 Dec 13];11(1):37-53. Portuguese. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22245>
- Silva NS, Mourão L. [The influence of leadership styles of the results of training]. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 18];15(1):260-83. Portuguese. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a15.pdf>
- Jesus LR, Seignemartin BA, Vergílio MS, Silva EM. Anotação de enfermagem: retrato da prática cotidiana da enfermagem de um pronto atendimento. In: 17º SENPE Seminário Nacional Pesquisa em Enfermagem [Internet]; 2013 Jun 3-5, Natal (RN). Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2013 [cited 2016 Dec 19]. p. 318-320. Available from: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0151co.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0151co.pdf)
- Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MC, Vannuchi MT, Vituri DW. Assessment of quality of nursing documentation in a University Hospital. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Dec 19];24(4):527-33. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/en\\_a13v24n4](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/en_a13v24n4)

# Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal

**RESUMO** | A assistência de pré-natal é um dos cuidados mais importante a ser prestado à mulher e ao conceito no período. O presente trabalho objetivou relatar as experiências vivenciadas por profissionais de saúde e acadêmicos do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) em grupos de gestantes. No desenvolvimento das atividades com as gestantes e familiares houve a proposição da abordagem de temáticas relativas ao ciclo gravídico-puerperal e cuidados com o bebê. Em virtude do caráter multidisciplinar, o projeto de extensão estimulou o trabalho em grupo e contribuiu para a formação acadêmica humanizada e multidisciplinar. Os grupos de gestantes foram muito importantes na troca de conhecimentos, fortalecimento de vínculos e educação em saúde, possibilitando melhorar e estreitar as relações dos profissionais, estudantes e comunidade, durante a assistência ao pré-natal, além de favorecer a autonomia e o protagonismo da gestante.

**Palavras-chaves:** Gestantes; Educação em Saúde; Enfermagem.

**ABSTRACT** | Prenatal care is one of the most important care to be provided to women and the baby in the period. The present study aimed to report the experiences of health professionals and academics of the Tutorial Education Program (PET) Nursing of the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS) in groups of pregnant women. In the development of activities with pregnant women and family, there was a proposal to approach themes related to the pregnancy-puerperal cycle and baby care. Due to its multidisciplinary nature, the extension project encouraged group work and contributed to humanized and multidisciplinary academic training. The groups of pregnant women were very important in the exchange of knowledge, strengthening bonds and health education, making it possible to improve and strengthen the relationships of professionals, students and the community, during prenatal care, in addition to favoring autonomy and the role of pregnant.

**Keywords:** Pregnant Woman; Health Education; Nursing.

**RESUMEN** | La atención prenatal es uno de los cuidados más importantes que se brindan a las mujeres y al bebé en el período. El presente estudio tuvo como objetivo informar las experiencias de profesionales de la salud y académicos de la Enfermería del Programa de Educación Tutorial (PET) en la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) en grupos de mujeres embarazadas. En el desarrollo de actividades con mujeres embarazadas y familiares, hubo una propuesta para abordar temas relacionados con el ciclo embarazo-puerperal y el cuidado del bebé. Debido a su naturaleza multidisciplinaria, el proyecto de extensión alentó el trabajo grupal y contribuyó a la formación académica humanizada y multidisciplinaria. Los grupos de mujeres embarazadas fueron muy importantes en el intercambio de conocimientos, el fortalecimiento de los lazos y la educación sanitaria, lo que permitió mejorar y fortalecer las relaciones de profesionales, estudiantes y la comunidad, durante la atención prenatal, además de favorecer la autonomía y el papel de mujer embarazada.

**Descriptores:** Mujeres Embarazadas; Educación em Salud; Enfermería.

## Maria Eduarda Pacoalotto da Silva

Graduanda em Enfermagem e Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

## Sonia Regina Jurado

Bióloga. Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica. Professora Associada IV da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL), Curso de Enfermagem.

## Luana Gasparelli Feitosa

Graduanda em Enfermagem e Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

## Ilda Estefani Ribeiro Marta

Enfermeira. Doutor em Enfermagem Fundamental. Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL), Curso de Enfermagem.

## Fabrcia Tatiane da Silva Zuque

Enfermeira. Mestre em Geografia. Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família (ESF) Interlagos da Prefeitura Municipal de Três Lagoas - MS.

## Fernanda Bárbara Valadão

Graduanda em Enfermagem e Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL).

## INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase de mudanças físicas, psicológicas e econômicas e a mulher necessita de informações e conhecimentos sobre a saúde reprodutiva e seus direitos para desenvolver sua gestação sadia. Para isto, a contribuição de ações públicas que favoreçam o acesso aos serviços de saúde permitem melhorias na qualidade da assistência no período gravídico<sup>(1)</sup>.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação<sup>(2)</sup>. No entanto, a adesão das gestantes ao pré-natal de-

Recebido em: 12/03/2020

Aprovado em: 12/03/2020

pende de esforços contínuos dos estados, municípios e profissionais de saúde<sup>(3)</sup>.

O pré-natal se constitui um momento ímpar para antecipar riscos e promover a saúde da mulher, bem como para oferecer apoio emocional e psicológico à gestante, ao companheiro e à família, para que estes também estejam preparados para os processos de gerar, parir e nascer<sup>(4,5)</sup>.

Em relação ao pré-natal, os grupos de gestantes mostram-se como uma estratégia bastante efetiva para as ações educativas, proporcionando espaços favoráveis para as trocas de experiências entre gestantes, familiares e profissionais e praticando a educação em saúde no formato mais eficiente, que é dentro da realidade da comunidade e com a possibilidade da participação do parceiro e outras pessoas<sup>(6)</sup>.

O grupo de gestantes auxilia no ajustamento às mudanças do período e adaptação às novas situações e realidades vivenciadas tanto pela mãe quanto pelo pai do futuro bebê, potencializando conhecimentos e conscientizando quanto à maternidade e paternidade responsáveis, além de estimular o protagonismo e empoderamento dos pais através de um processo de ensino-aprendizagem coletivo dentro do grupo<sup>(7)</sup>.

Destacando-se todas as mudanças físicas e psicológicas ocorridas durante a gestação bem como as dúvidas e temores da futura mãe e a importância do pré-natal, indaga-se: Como profissionais e alunos de saúde podem contribuir a respeito destas temáticas, mediante educação em saúde? Frente a essa indagação, o pre-

sente estudo teve como objetivo relatar a experiência de um grupo de profissionais da área da saúde e graduandos de enfermagem em grupos de gestantes, mediante a realização de rodas de conversa para educação em saúde.

#### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo na modalidade de relato de experiência, a partir da vivência com grupos de gestantes que participam do projeto de extensão “Educação em Saúde para Gestantes na cidade de Três Lagoas – MS”. Um grupo pertencia à Estratégia da Saúde da Família (ESF) Interlagos e, outro, à Clínica da Mulher, ambos na cidade de Três Lagoas - MS.

O relato de experiência tem por objetivo promover uma reflexão sobre a ação ou um conjunto de ações relacionadas à prática vivenciada no âmbito profissional ou educacional e de interesse da comunidade científica<sup>(8)</sup>.

Participaram, em média de cada encontro, de 02 a 08 gestantes, de 09 a 37 semanas de gestação e, com idade variando de 18 a 37 anos. O espaço físico utilizado para o desenvolvimento das atividades com o grupo de mulheres grávidas na ESF foi a sala de espera utilizada pelos pacientes da unidade durante a semana. Nesse local, os encontros aconteceram aos sábados, no período vespertino. Na Clínica da Mulher, os encontros foram realizados às quintas-feiras antes das consultas de pré-natal, no período matutino, em uma sala reservada exclusivamente para a atividade.

As atividades do grupo de gestantes tiveram início com a busca dessas mulheres nas salas de espera da ESF e Clínica da Mulher e convite verbal por parte das enfermeiras das unidades e equipe da ação de extensão. Posteriormente, o convite para os encontros dos grupos também era reforçado todas as semanas para evitar o esvaziamento.

Os encontros ocorreram mensalmente na ESF e, quinzenalmente, na Clínica da Mulher, no período de maio a dezembro de 2018. Foram realizados oito na ESF e quinze na Clínica da Mulher.

Os temas abordados nos encontros foram aqueles recomendados pelo Ministério da Saúde, tais como: importância do pré-natal; higiene oral da mãe e do futuro bebê; atividade física específica para gestantes; alimentação saudável; uso de medicamentos, álcool e tabaco e suas consequências durante a gestação; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; sinais comuns na gestação e orientações nas queixas mais frequentes; importância da participação paterna durante a gestação; parto e desenvolvimento do vínculo entre pai e filho; shantala para bebês e cuidados após o parto e com o recém-nascido e estímulo ao retorno dos serviços de saúde.

Para cada encontro foi escolhida uma temática e realizado um planejamento específico, constando o título, objetivos a serem alcançados e estratégias da ação. Os títulos e objetivos das ações realizadas podem ser visualizados no quadro 1.

**Quadro 1. Apresentação das temáticas e objetivos trabalhados nos grupos de gestantes, no formato roda de conversa. Três Lagoas, MS, Brasil, 2018.**

Temática	Objetivos
1. Apresentação do projeto de extensão “Educação em Saúde para Gestantes”	Apresentar a proposta do projeto aos grupos de gestantes. Possibilitar o diálogo e o surgimento de dúvidas. Levantar temas/necessidades de interesse das mulheres para planejamento das ações futuras.
2. Fases da Gravidez	Descrever as principais mudanças anatômicas e fisiológicas no corpo da mulher grávida. Minimizar medos acerca da gestação e a transformação corporal. Descrever os riscos do uso do álcool, fumo e drogas ilícitas para a saúde do bebê durante a gestação.

3. Leite materno: o melhor alimento!	Sensibilizar as futuras mães sobre a importância do leite humano. Informar os componentes do leite materno, enfatizando as diferenças entre o leite comum e o leite humano.
4. Verdades e mentiras sobre a amamentação	Informar sobre a importância da amamentação para a mãe e para a criança. Desmistificar superstições sobre amamentação. Estimular a amamentação exclusiva até os seis meses de idade da criança. Ensinar técnicas para amamentar.
5. Parto Natural: Abrace essa ideia!	Sensibilizar as gestantes sobre os benefícios do parto natural. Informar as diferenças fundamentais entre os diferentes tipos de parto. Desmistificar o parto normal. Diminuir medos acerca do parto. Apresentar o plano de parto para as gestantes.
6. Cuidados com o bebê	Ensinar cuidados básicos com o recém-nascido (higiene corporal e bucal, sono, cuidado com as roupas, eliminações vesical e intestinal). Estimular o elo entre mãe-filho
7. Antes de ser mãe, sou mulher!	Estimular o autocuidado. Estimular a autoestima. Ensinar como cuidar da pele, das mamas e da barriga durante a gestação. Estimular a prática de exercícios físicos leves.
8. Planejamento familiar e métodos contraceptivos	Orientar a mulher sobre o planejamento familiar. Informar sobre os métodos contraceptivos.
9. Higiene oral para mães e bebês	Ensinar a escovação correta dos dentes pela mãe. Principais mudanças orais ocorridas durante a gestação. Tratamento dentário durante a gestação. Higiene oral para bebês
10. Participação do pai durante a gestação	Estimular a participação do pai em todas as etapas da gestação e cuidado ao recém-nascido.
11. Alimentação saudável	Nutrientes necessários durante a gestação. Importância da suplementação de micronutrientes, como ferro e ácido fólico, com orientação médica. Alimentação equilibrada e necessidade do consumo de todos os grupos de alimentos.
12. Shantala para bebês	Estabelecimento do vínculo mãe-bebê. Aprendizagem de movimentos realizados na região abdominal do bebê para facilitar a eliminação de gases e reduzir as desagradáveis cólicas. Massagem que facilitam um sono relaxante para o bebê.
13. Fortalecimento pélvico	Demonstração de exercícios de fisioterapia para fortalecer os músculos da região da pelve e auxiliar na diminuição da dor no trabalho de parto e diminuir as disfunções no pós-parto.
14. Importância da Cartilha da Gestante do Ministério da Saúde	Apresentar a cartilha para as gestantes. Estimular a leitura das orientações da cartilha. Discutir as informações contidas na cartilha.
15. Estímulo ao retorno dos serviços de saúde	Estímulo de vinculação da gestante à unidade de saúde. Importância do pré-natal. Importância da consulta no puerpério. Importância da consulta de puericultura.

Os profissionais de saúde que coordenaram esses encontros foram enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, odontólogos, assistentes sociais e biólogo com

especialização em Fisiologia e Embriologia. Cada tema foi de responsabilidade de, no mínimo, um profissional de saúde e dois acadêmicos do Programa de Edu-

cação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas.

Após os encontros, foram oferecidos



lanches com alimentos saudáveis para gestantes, momentos também que ocorreram socialização entre os profissionais de saúde e as gestantes e a oferta de brindes.

### Relato da Experiência

O relato deste estudo é apresentado em categorias temáticas para facilitar o entendimento, organização e clareza dos dados.

### O processo de construção do grupo de gestantes

O processo de construção do grupo de gestantes iniciou-se com a elaboração do planejamento anual das atividades para o ano de 2018 do Programa de Educação Tutorial (PET) Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus de Três Lagoas (CPTL), em novembro de 2017, o qual optou pela proposição do projeto de extensão universitária intitulado “Educação em Saúde para Gestantes na cidade de Três Lagoas, MS”. O grupo PET anualmente desenvolve, em média, quinze atividades, promovendo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Assim, os integrantes do PET-Enfermagem selecionaram duas instituições de saúde na cidade de Três Lagoas, sendo uma referência em saúde da mulher e de localização central (Clínica da Mulher) e outra localizada em bairro próximo ao centro (Estratégia de Saúde da Família – ESF Interlagos).

Após o envio de carta convite aos responsáveis pelas unidades, verificou-se que a Clínica de Saúde da Mulher não possuía grupo de gestantes e, na ESF Interlagos, já havia um grupo de gestantes consolidado.

Nesse sentido, os dirigentes de ambas as instituições ofereceram total apoio a realização dos encontros dos grupos de gestantes. Em se tratando da Clínica da Mulher, o projeto veio de encontro com o anseio da enfermeira responsável, a qual disponibilizou uma sala para o encontro do grupo de gestantes. Na ESF Interlagos, esforços foram somados pela enfermeira responsável e pelos integrantes do PET-Enfermagem

da UFMS para incrementar as atividades do grupo de gestantes já existente.

Os objetivos dos grupos de gestantes foram: empoderamento, autonomia, autoconhecimento, segurança e práticas de autocuidado referente ao processo gravídico-puerperal; processo de ensino-aprendizagem e fortalecimento de atividades acadêmicas e autonomia profissional importante para a formação do aluno e envolvimento de profissionais de saúde de diversas áreas de atuação e formação.

### Formato dos grupos de gestantes

No início dos encontros foram utilizadas técnicas de integração para a apresentação dos membros do grupo e posteriormente houve a pactuação da forma de funcionamento do grupo. Na operacionalização dos encontros dos grupos de gestantes participaram um profissional de saúde e um ou dois graduandos de enfermagem, o primeiro exercendo papel de mediador e os outros de assistentes, visando à construção do conhecimento sobre gravidez e período puerperal, denominados de coordenadores.

O modelo pedagógico utilizado em cada encontro do grupo de gestantes fundamentou-se na educação conscientizadora/problematizadora de Paulo Freire, sustentada pela metodologia participativa e dialogada que favorece uma relação crítica e transformadora<sup>(9)</sup>. As atividades foram desenvolvidas com a utilização de bonecos, modelos anatômicos de arcadas dentárias, mamas e sistema reprodutor feminino, além de figuras, cartazes e fotos.

Nos encontros dos grupos de gestantes prevaleceu a utilização de rodas de conversa com dinâmicas e demonstrações práticas, além da preocupação em proporcionar momentos lúdicos. Cada encontro durou aproximadamente duas horas.

A adesão aos grupos foi considerada satisfatória, contando com até oito gestantes em cada encontro. Contudo, em um dos encontros na ESF Interlagos, no quinto dia do mês de maio de 2018, houve a participação de somente duas gestantes. Isso, possivelmente, aconteceu

porque os encontros foram realizados aos sábados e também era começo de mês, quando muitas pessoas vão ao comércio local fazer compras devido ao recebimento dos salários.

As gestantes puderam obter muitas informações das quais não conheciam com relação aos assuntos relacionados à gestação, muitas destas mulheres mostraram-se bastante participativas nesta atividade em grupo, sanando suas dúvidas, principalmente. Aparentemente havia vínculo entre elas e as instituições, pois referiam sentir-se acolhidas e já conheciam o espaço.

Incentivou-se a participação de um acompanhante, preferencialmente, o marido, durante os encontros.

### Analisando o processo do grupo

Durante os encontros houve interação mútua entre as gestantes e entre estas e os coordenadores, assim como a presença de equilíbrio e ligação recíproca. Acreditamos que este resultado ocorreu pela utilização de uma abordagem educativa problematizadora que considerou as necessidades e possibilidades de cada grupo.

Mediante a observação dos autores, as gestantes apresentaram em sua maioria, dificuldades de entendimento sobre as mudanças corporais que ocorrem no período gestacional, seus direitos durante a gestação, hábitos de vida saudáveis e questões relacionadas ao parto e cuidados ao recém-nascido.

Dentre as temáticas trabalhadas nos grupos de gestantes as que levantaram mais questionamentos e curiosidades das participantes foram: amamentação, autocuidado com a pele e mamas, higiene oral da mãe e bebê, shantala para bebês e fortalecimento do assoalho pélvico.

Buscou-se esclarecer as participantes sobre seus direitos, as mudanças fisiológicas e emocionais da gestação, e os mitos e verdades envolvendo este período, bem como se abordou sobre o parto e o puerpério dando ênfase aos cuidados com o recém-nascido e o estabelecimento de melhor vínculo entre acadêmicos, instituição de saúde, gestantes e puérperas.

As ações propostas contribuíram para a melhoria do cuidado voltado para a mulher no período gestacional e puerpério, promovendo um melhor entendimento sobre as temáticas expostas, tendo em vista a prevenção de riscos, possibilitando o desenvolvimento de uma relação saudável para o binômio mãe/bebê.

#### DISCUSSÃO

Ressalta-se que o trabalho educativo não é uma tarefa simples, sobretudo na saúde, uma vez que não se limita à transmissão de informações aos usuários em relação ao cuidado de si e de sua família. Mas, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde. Portanto, precisa da participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, direcionando esse trabalho de acordo com suas necessidades, crenças, representações e histórias de vida e tornando-os coprodutores desse processo educativo, juntamente com os profissionais de saúde<sup>(10)</sup>.

As atividades educativas devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, assim como envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular de cada família<sup>(11)</sup>.

Vários trabalhos sobre a importância do pré-natal ou, especificamente, sobre as ações educativas no pré-natal, mostram em seus resultados que, mesmo tendo realizado as consultas, as gestantes demonstram insatisfação com relação às orientações sobre parto, puerpério e cuidados com os recém-nascidos<sup>(2)</sup>.

Estudos mostram que as consultas de pré-natal são muito rápidas, fazendo com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e impedindo que as mulheres possam manifestar suas queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez<sup>(12)</sup>. Por isso, os grupos no formato de rodas de



Estudos mostram que as consultas de pré-natal são muito rápidas, fazendo com que possíveis anormalidades não sejam percebidas e impedindo que as mulheres possam manifestar suas queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez<sup>(12)</sup>.



conversa vêm complementar os anseios e necessidades das gestantes.

A presença da universidade em atividades de educação em saúde trás a responsabilidade de engajar os acadêmicos nos compromissos sociais e profissionais, além da necessidade de atingir, através de atividades de extensão, parcelas da população que usualmente não possam usufruir do conhecimento produzido e multiplicado pela academia, além disso, contribui para o aprimoramento científico dos futuros enfermeiros<sup>(13)</sup>. Nesse contexto, os integrantes do grupo PET-Enfermagem da UFMS e os profissionais de saúde puderam compartilhar conhecimentos com as gestantes e, ao mesmo tempo, também aprender com as mesmas, representando uma ação de via de mão dupla.

Os grupos de gestantes da ESF e Clínica da Mulher previam e incentivavam a participação do companheiro da gestante ou de algum acompanhante. Durante o período da gestação e do puerpério, o suporte social bem como o suporte familiar ganha importância na manutenção da saúde mental e enfrentamento de situações estressantes que podem decorrer de sua nova condição<sup>(14)</sup>.

As reuniões do grupo de gestantes da ESF Interlagos já estavam instituídas pela enfermeira da instituição antes da proposição do projeto de extensão e, nesse sentido, somamos forças para o enriquecimento das ações educativas nessa unidade. A ESF representa um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, pois esses serviços são caracterizados pela maior proximidade com a população, com ênfase nas ações de proteção e promoção da saúde. A educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família, visando à melhoria do autocuidado dos indivíduos<sup>(15)</sup>.

A educação em saúde com promoção de saúde bucal no período gestacional aconteceu com maior frequência na ESF. O acompanhamento odontológico no pré-natal é muito importante visto que as

alterações hormonais da gravidez poderão agravar as afecções já instaladas, como a doença periodontal. Vale destacar a promoção de saúde bucal na gestante faz parte do Programa de Atenção à Saúde da Mulher<sup>(16)</sup>.

A atuação com grupo de gestantes da Clínica da Mulher em especial foi muito prazeroso, pois na unidade não existia um grupo de gestantes e as ações em saúde eram realizadas no consultório com o profissional, sem trocas coletivas de conhecimentos e experiências, as quais são muito importantes nos grupos<sup>(11)</sup>.

Segundo Teixeira e Veloso<sup>(17)</sup> o lidar com o cotidiano das práticas de saúde favorece contatos com a realidade com a clientela adstrita, que é diversificada, envolvida por dimensões econômicas, sociais e culturais e isso foi observado através das falas das gestantes desde os primeiros encontros. Os encontros precisavam ser realizados em espaços confortáveis e por uma equipe acolhedora, visando solucionar dúvidas, diminuir ansiosos, medos e trocar conhecimentos.

Portanto, os grupos de gestantes ofere-

ceram uma escuta qualificada e diferenciada do processo de gravidez e representam um espaço, no qual a mãe pode expressar seus medos e angústias, favorecendo a troca de experiências, descobertas e informações durante a gestação.

Assim, esse projeto de extensão universitária permitiu construir o conhecimento junto às gestantes e seus acompanhantes, o que propiciou o estreitamento entre universidade e comunidade pela possibilidade de atuar em um espaço fora da universidade, de unir teoria à prática de forma interdisciplinar e por aprimorar o olhar e atenção às necessidades de saúde de usuários por meio da educação em saúde e uso de metodologias ativas, como as rodas de conversa.

#### CONCLUSÃO

As ações de educação em saúde devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a promoção da saúde dos usuários. Além disso, é importante que a equipe multi-

profissional e, sobretudo, o enfermeiro realizem o processo de educação em saúde, para proporcionar às mulheres acolhimento segurança e conforto para vivenciar todas as fases da gestação.

A experiência do grupo de gestantes oportunizou aos discentes de enfermagem vivenciar a responsabilidade de coordenar atividades grupais e a aprender a trabalhar com uma equipe multiprofissional. Além disso, as atividades grupais permitiram aproximar a enfermagem das gestantes, e a academia ao serviço de saúde, além de desmistificar os mitos das mulheres gestantes sobre a gestação e parto e proporcionaram maior compreensão sobre a importância de realizar o pré-natal, a fim de que nele pudesse ser constatadas doenças prévias.

Ademais, percebeu-se a necessidade de tornar esta atividade permanente, pois a informação é fundamental para a autonomia do cuidado em saúde, em especial no pré-natal e puerpério. Sugere-se, portanto, a manutenção desta na Clínica da Mulher, na cidade de Três Lagoas-MS. 🐦

## Referências

1. Silveira IP, Campos ACS, Carvalho FAM, Barroso MGT, Vieira NFC. Ação educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão. *Esc Anna Nery*. 2009; 9(3): 451-58.
2. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 477-86.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Moura TNB, et al. Educação em saúde como ferramenta para o cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: uma abordagem multidisciplinar. *Rev Eletr Gestão Saúde*. 2014; 5(4): 2343-52.
5. Moreira CT, Machado MFAS, Becker SLM. Educação em saúde a gestantes utilizando a estratégia grupo. *Rev Rene*. 2007; 8(3): 107-16.
6. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2): 257-63.
7. Vieira NA, Padilha MI, Costa R, Gregório VRP, Silva AR. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: um processo de construção coletiva (1996-2016). *Esc. Anna Nery*. 2019; 23(2): e20180221.
8. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *J Nurs Health*. 2012; 1(2): 94-103.
9. Freire P. Educação como prática libertadora. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1996.
10. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto - Enferm*. 2009; 18(4): 652-60.
11. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 4. ed. Brasília (DF); 2000.
12. Secretaria de Políticas de Saúde (BR). Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília (DF); 2000.
13. Duarte SJH, Borges AP, Arruda GL. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. *R Enferm Cent O Min*. 2011; 1(2): 277-82.
14. Pio DAM, Oliveira MM. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. *Saúde Soc*. 2014; 23(1): 313-24.
15. Santos DS, Andrade ALA, Lima BSS, Silva YN. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36(2): 62-7.
16. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 269-76.
17. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto - Enferm*. 2006; 15(2): 320-25.

# Linha HOSPITALAR

KITS ESTÉREIS, DESCARTÁVEIS E  
PRONTOS PARA USO



## Kit Curativo em Resina

Praticidade e segurança para os  
**procedimentos de curativo**

- ✓ Menor risco de infecção hospitalar
- ✓ Mais agilidade no atendimento ao paciente
- ✓ Redução de custo para a Instituição



# PÓS graduação São Camilo

## Enfermagem

### Sua carreira em Primeiro plano

#### Pós-graduação *Lato sensu*

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Estomatoterapia
- Enfermagem do Trabalho

#### Pós-Graduação *Stricto sensu*

Mestrado Profissional em Enfermagem

Acesse [saocamilo-sp.br](http://saocamilo-sp.br) e confira nossos cursos presenciais, a distância e em outros polos.

**(11) 3465 2664 ou 0300 017 8585**



Siga nossas redes sociais!



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
SÃO CAMILO