

The background features a repeating pattern of white line-art icons inside hexagonal shapes. The icons include a first aid kit, an ambulance, a heart with an ECG line, a bandage, a syringe, a DNA double helix, and a thermometer.

VOLUME 1

# Temas em Enfermagem

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock  
Patrícia Tavares de Lima  
Zirleide Carlos Félix

ISBN: 978-85-5597-105-1

# **Temas em Enfermagem:**

## **Volume 1**

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock

Patrícia Tavares de Lima

Zirleide Carlos Félix

(Organizadores)

Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP

Cabedelo– PB

2019



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA PARAÍBA – IESP

**Diretora Geral**

Érika Marques de Almeida Lima Cavalcanti

**Diretora Acadêmica**

Iany Cavalcanti da Silva Barros

**Diretor Administrativo/Financeiro**

Richard Euler Dantas de Souza

**Editora IESP**

**Editores**

Cícero de Sousa Lacerda

Hercilio de Medeiros Sousa

Jeane Odete Freire Cavalcante

Josemary Marcionila Freire Rodrigues de Carvalho Rocha

**Corpo editorial**

Hercilio de Medeiros Sousa – Computação

Daniel Vitor da Silveira Costa – Publicidade e Propaganda

José Carlos Ferreira da Luz – Direito

Marcelle Afonso Chaves Sodré – Administração

Maria da Penha de Lima Coutinho – Psicologia

Rafaela Barbosa Dantas – Fisioterapia

Rogério Márcio Luckwu dos Santos – Educação Física

Thiago Bizerra Fideles – Engenharia de Materiais

Thiago de Andrade Marinho – Mídias Digitais

Thyago Henriques de Oliveira Madruga Freire – Ciências Contábeis

Copyright © 2019 – Editora IESP

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do(os) autor(es).

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (IESP)**

T278      Temas em enfermagem: volume 1 [recurso eletrônico] / organizadoras, Kareline Izaltermberg Vasconcelos Rosenstock, Patrícia Tavares de Lima, Zirleide Carlos Félix. - Cabedelo, PB: Editora IESP, 2019. 600 p.

Tipo de Suporte: E-book  
Formato: PDF  
Modo de Acesso: World Wide Web  
ISBN: 978-85-5597-105-1

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Ensino. 3. Pesquisa. I. Rosenstock, Kareline Izaltermberg Vasconcelos. II. Lima, Patrícia Tavares de. III. Félix, Zirleide Carlos.

CDU: 616-083

Bibliotecária: Angélica Maria Lopes Silva – CRB-15/23

**Editora IESP**  
Rodovia BR 230, Km 14, s/n,  
Bloco Central - 2 andar - COOPERE  
Morada Nova. Cabedelo - PB.  
CEP 58109-303

## **COLABORADORES**

ADAILTON LISBOA DA SILVA FILHO  
ALDYLANA COSTA SOUZA  
ALYSSON KENNEDY PEREIRA DE SOUZA  
ANA CLAUDIA GOMES VIANA  
ANA CLAUDIA VIEIRA DA SILVA  
ANA LUCIA DE MEDEIROS  
ANTONIA MARTINS SABINO NETA DA SILVA  
CAMILA YASMIM PEREIRA DE BRITO  
CATARINA MARIA ANDRADE FIGUEIREDO GUIMARÃES MAIA  
CIRLENE MARIA DA SILVA MARQUES  
CRISTINA DE FATIMA LIRA SILVA  
DANIEL DAL BÓ  
DEBORA RAFFAELA CRUZ COSTA  
EDVANIA MARIA DE SOUSA LACERDA  
ELIZIANE LOURENÇO LIMA  
EMMANUELA COSTA DE MEDEIROS  
FABIANO DE ALMEIDA MENDES DE OLIVEIRA  
FLAVIA MYRNA SOUZA MELO  
IRINEA TRAJANO DA SILVA  
IZABELLE SALVIANO DE VASCONCELOS  
JANCELICE DOS SANTOS SANTANA  
JEDIANE BATISTA NÓBREGA  
JOELMA DE LIMA SILVA ONOFRE  
JOSINALDO SILVA DOS SANTOS  
KARELLINE IZALTEMBERG VASCONCELOS ROSENSTOCK  
KEIT ALBINO DA SILVA  
LEANDRA SOUZA FERNANDES  
LIGIA ALVES SOUSA DE OLIVEIRA  
LINDOVAL LUIZ DE OLIVEIRA  
LUANA SOARES DO NASCIMENTO  
LUZINETE FIDELIS DA SILVA  
MARIA APARECIDA TEIXEIRA VELEZ  
MARIA DAS GRAÇAS LUCENA

MARIA DO SOCORRO DA SILVA MARCELINO  
MARIA JANETE DA SILVA MEDEIROS  
MARIA SOLANGE DE MELO  
MARIANA FELIX DA SILVA  
MICHELÂNIA PONTES DE SOUZA  
MONE MAIARA GOMES DE ARAUJO  
NADJA CAROLINE BEZERRIL GUIMARÃES  
PATRICIA LEONARDA PEREIRA DA SILVA  
PATRÍCIA TAVARES DE LIMA  
PAULO CÉSAR DA SILVA BARBOSA  
POLYANA DA SILVA VELOSO  
PRISCILA BODZIAK PEREZ DE CASTRO  
PRISCILLA ALBUQUERQUE DE LIMA  
RAQUEL CRISTINA DE MEDEIROS ALVES  
ROMULO WANDERLEY DE LIMA CABRAL  
ROSICLEIDE DA SILVA LUNA  
SAYONARA ARAUJO DE PONTES  
SEVERINA MAYARA DA SILVA OLIVEIRA  
SILVANIA MOREIRA DE MELO  
SINDERLANDIA DA SILVA LIMA  
SOFIA MARTA CARVALHO DE ARAÚJO  
SUELY ARAGÃO AZEVÊDO VIANA  
SUZANA ARAÚJO DE MACÊDO  
TERESA CRISTINA ALBUQUERQUE LEAL  
WESLEY DANTAS DE ASSIS  
ZIRLEIDE CARLOS FELIX

## PREFÁCIO

Durante a formação acadêmica os docentes de Enfermagem tem a oportunidade de aprofundar seus conhecimentos através da pesquisa científica. A produção de um artigo científico tem o poder de difundir para a comunidade científica o conhecimento e desenvolvimento de novas descobertas, novos materiais, técnicas e métodos de análise.

Esta obra apresenta alguns dos trabalhos de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem do IESP que obtiveram as melhores notas no semestre 2018.2. Tem como principal objetivo apresentar os principais conteúdos abordados nas disciplinas utilizadas na formação dos profissionais de enfermagem do IESP Faculdades, bem como trazer novas discussões no contexto da assistência à saúde.

Os temas abordados neste livro tratam dos mais diversos temas dentro das principais áreas de Enfermagem, e proporciona uma leitura atrativa, diversificada, e rica em contribuições e conhecimentos para o leitor.

Este primeiro volume de **Temas em Enfermagem** foi organizado pelas professoras Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, Patrícia Tavares de Lima e Zirleide Carlos Félix e conta com 58 colaboradores entre professores e alunos concluintes da Graduação em Enfermagem.

A nós, cabe o compromisso de continuar trabalhando e estimulando os docentes de Enfermagem durante sua trajetória acadêmica a adentrarem no campo da pesquisa científica, não apenas nos trabalhos de conclusão de curso, mas com o objetivo de ampliar a oferta de material de estudo a profissionais e estudantes.

Patrícia Tavares de Lima

Coordenadora do Curso de Enfermagem do IESP

## SUMÁRIO

|                                                                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>A INFLUÊNCIA DA ARTETERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO: OPINIÃO DE CUIDADORES .....</b>                  | <b>10</b>  |
| <b>A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....</b>               | <b>21</b>  |
| <b>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM LESÕES POR PRESSÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>                               | <b>40</b>  |
| <b>HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PRONTO ATENDIMENTO .....</b>                               | <b>56</b>  |
| <b>ANÁLISE DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INDÍGENAS POTIGUARA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>               | <b>69</b>  |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                         | <b>87</b>  |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA</b>                                                 | <b>102</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD .</b>                                                | <b>117</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                         | <b>133</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE</b>                                                 | <b>148</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE</b>                                                 | <b>159</b> |
| <b>A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR INFLUENTE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....</b>                                         | <b>175</b> |
| <b>SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: REFLEXÃO A PARTIR DA LITERATURA .....</b> | <b>191</b> |
| <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA .....</b>       | <b>206</b> |
| <b>VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR:REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                  | <b>227</b> |
| <b>PRÁTICAS INTEGRATIVAS: AURICULOTERAPIA E SUA EFICÁCIA NO TRATAMENTO DO ESTRESSE .....</b>                         | <b>243</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A PUÉRPERAS COM HIV/AIDS .....</b>                | <b>258</b> |
| <b>ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES COM TCE: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                     | <b>274</b> |
| <b>A INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL NO SER HUMANO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO ORGANISMO.....</b>                                   | <b>290</b> |



|                                                                                                                                        |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NO PREPARO DA CRIANÇA PARA A VACINAÇÃO .....</b>                                                          | <b>305</b> |
| <b>O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A CONSCIENTIZAÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TESTE DO PEZINHO .....</b>              | <b>320</b> |
| <b>RISCOS OCUPACIONAIS QUE OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ESTÃO EXPOSTOS NA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO .....</b>                 | <b>335</b> |
| <b>PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>             | <b>352</b> |
| <b>DIFICULDADES DA GESTÃO EM SAÚDE NO ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ÀS UNIDADES DE SAÚDE INTERMUNICIPAIS .....</b>                       | <b>368</b> |
| <b>DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS .....</b>                                                     | <b>383</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR.....</b>                                                                             | <b>395</b> |
| <b>CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS.....</b>                                                 | <b>413</b> |
| <b>PROBLEMAS NO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DO E-SUS AB: IMPLANTAÇÃO DOS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS NAS UNIDADES BÁSICAS.....</b>            | <b>430</b> |
| <b>CRIOTERAPIA CAPILAR NO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                                    | <b>441</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS GESTANTES COM INFECÇÃO URINÁRIA: REVENDO A LITERATURA .....</b>                                            | <b>457</b> |
| <b>SAÚDE DO IDOSO: REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>                           | <b>472</b> |
| <b>HUMANIZAÇÃO E CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA.....</b>                                                | <b>485</b> |
| <b>ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL ACOMPANHADOS PELO CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL.....</b> | <b>500</b> |
| <b>DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: REFLEXÃO A LUZ DA LITERATURA.....</b>                                                           | <b>517</b> |
| <b>DIFICULDADES DA ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....</b>                                   | <b>533</b> |
| <b>ABORDAGENS LÚDICAS NO CUIDADO DA CRIANÇA COM CÂNCER.....</b>                                                                        | <b>552</b> |
| <b>ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESF NA INVESTIGAÇÃO DA TUBERCULOSE: REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                                         | <b>571</b> |
| <b>ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE .....</b>                                   | <b>586</b> |

# **A INFLUÊNCIA DA ARTETERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO: OPINIÃO DE CUIDADORES**

## **THE INFLUENCE OF ARTETHERAPY IN PEDIATRIC ONCOLOGICAL TREATMENT: CAREGIVERS' OPINION**

Maria Aparecida TeixeiraVelez  
Zirleide Carlos Felix <sup>2</sup>  
Ana Cláudia Gomes Viana<sup>3</sup>  
Emmanuela Costa de Medeiros<sup>3</sup>

### **RESUMO**

**Introdução:** A arteterapia é um método terapêutico empregado para ajudar no tratamento do câncer infantil, visto que, ao participar de tais atividades, a criança revela seus sentimentos, ansiedades e frustrações, sendo fundamental para seu desenvolvimento mental, emocional, social e motor, pois auxiliam no alívio da dor, incentivam a imaginação e a criatividade desta criança, que por muitas vezes vem perdendo a vontade de brincar devido ao processo de adoecimento e hospitalização enfrentados no tratamento. **Objetivo:** Analisar a influência da arteterapia no tratamento oncológico pediátrico de acordo com a opinião dos seus cuidadores. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo com 10 cuidadores de crianças portadoras de câncer que frequentam à Casa da Criança Com Câncer da Paraíba. **Resultados e Discussões:** A partir deste estudo, observa-se que na visão dos cuidadores, as atividades envolvendo a arteterapia proporcionam melhora na autoestima, ajuda no desenvolvimento físico e emocional, diminui o estresse ocasionado pelo tratamento e reduz o sofrimento trazido pela doença, ocasionando mudanças significativas em suas vidas, influenciando diretamente nas emoções e sentimentos dos seus familiares. **Considerações Finais:** Embora a realidade desses pacientes seja pesada, essa modalidade de terapia oferece às crianças momentos de apaziguamento, alegria, resgate da esperança e da fé e desperta a visão de um futuro melhor. Desta forma, contribui com a coragem no enfrentamento da doença, mesmo que se encontrem em situações na qual o prognóstico é desfavorável devido as dificuldades geradas pela patologia.

**Palavras-chave:** Arteterapia. Oncologia pediátrica. Saúde da criança.

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Art Therapy is a therapeutic method used to help treat childhood cancer, since when it participates in such activities, the child reveals their feelings, anxieties

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.  
E-mail: aparecida-teixeira@live.com

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [zirleidefelix@hotmail.com](mailto:zirleidefelix@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/3252087396950128>

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

and frustrations, and is fundamental for their mental, emotional, social and motor development. help in the relief of pain, encourage the imagination and creativity of this child, who is often losing the will to play due to the process of illness and hospitalization faced in the treatment. Objective: To analyze the influence of art therapy on pediatric oncological treatment according to the opinion of its caregivers. Methodology: This is a qualitative study with caregivers of children with cancer who attend the House of the Child With Cancer of Paraíba. Results and Discussion: Based on this study, it can be observed that in the caregivers' view, the activities involving art therapy provide improvement in self-esteem, aid in physical and emotional development, decrease the stress caused by the treatment and reduce the suffering brought about by the disease, significant changes in their lives, directly influencing the emotions and feelings of their family members. Final Considerations: Although the reality of these patients is heavy, this mode of therapy offers children moments of appeasement, joy, recovery of hope and faith, and awakens the vision of a better future. In this way, it contributes with the courage to face the disease, even if they are in situations in which the prognosis is unfavorable due to the difficulties generated by the pathology.

**Keywords:** Art therapy. Pediatric oncology. Child health.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil acomete crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos e corresponde a um grupo de várias doenças que podem acontecer em qualquer lugar do organismo e que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais. Os tumores mais comuns na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas. No Brasil, assim como em países desenvolvidos, o câncer já representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes, totalizando 8%. Estima-se que surjam aproximadamente 12.600 novos casos de tumores pediátricos por ano (INCA, 2017).

Diversos tratamentos terapêuticos, como a arteterapia, são empregados na tentativa de tratar e curar doenças crônicas (GUIMARÃES et al, 2017). Essa modalidade terapêutica também ajuda no tratamento do câncer infantil, contribuindo na minimização do sofrimento de crianças acometidas pela doença. A palavra “terapia” vem do grego *therapeia*, que significa “o ato de curar” ou “ato de reestabelecer”. Portanto, a arteterapia é o ato de curar ou reestabelecer através da arte.

Segundo D’Alencar et al (2013), a arte estimula o aumento da autoestima, melhora os sintomas físicos e psíquicos, desenvolve habilidades físicas, cognitivas e emocionais, além de desfrutar dos momentos proporcionados pelo fazer artístico. Sendo assim, a arteterapia é utilizada como o uso terapêutico de atividades artísticas, na composição da relação profissional entre pessoas acometidas por doenças,

traumas, ou outras situações que buscam pelo desenvolvimento pessoal, estimulando as pessoas a ampliar o conhecimento de si mesmo e dos outros.

O autor supracitado ainda reforça que os métodos de condução simples e de baixo custo e que podem trazer referências positivas para a vida das crianças que estão submetidas a condição de doença oncológica também proporciona autoconhecimento, resgate da autoestima e sensação de bem-estar. A oncologia é uma especialidade médica que necessita de cuidados multidisciplinares. Para obter sucesso no tratamento, é fundamental que se trabalhe em uma equipe composta por vários profissionais de diversas áreas da saúde. Neste cenário, o enfermeiro é um profissional de extrema importância e tem uma enorme responsabilidade no processo. Ele é incumbido de diversas tarefas envolvendo os cuidados com a saúde e o bem-estar do paciente.

Possivelmente o paciente terá mais contato com este profissional, pois é ele que vai prestar assistência em todas as fases do tratamento do câncer, desde o momento do acolhimento, verificando doses de medicações prescritas, informações antropométricas, além de medicações de suporte para a quimioterapia, até o final do tratamento. O enfermeiro tem um papel muito relevante no tratamento dos pacientes com câncer, pois sempre está atento ao controle e prevenção dos sintomas indesejados, trabalhando juntamente com os demais profissionais, buscando a promoção da assistência integral e de qualidade aos pacientes (BLOG LE SANTÉ, 2017).

Devemos compreender que a criança com câncer, apresenta dificuldades decorrentes da própria doença, que são agregados com sentimentos de tristeza, angústia e sofrimento. E nesse prisma, os profissionais de enfermagem, sobretudo os enfermeiros, devem oferecer possibilidades de brincar que sejam adequadas a sua etapa de desenvolvimento. Durante o seu cuidado, existe uma infinidade de recursos, tais como: desenhos, pinturas, música, brinquedos, entre outros, usados para minimizar a experiência do adoecimento (SOARES et al., 2014). Desta forma, observa-se que a utilização das atividades de arteterapia são medidas coadjuvantes para o tratamento do câncer.

Ainda para Soares et al (2014), a brincadeira é uma atividade importante na vida da criança, pois é a maneira pela qual ela revela seus sentimentos, ansiedades e frustrações, sendo fundamental para seu desenvolvimento mental, emocional, social e motor.

Observa-se que o uso da arteterapia ainda é muito ínfimo durante o tratamento da criança com câncer, havendo a necessidade de maior engajamento por parte dos profissionais a essa prática tão solidária, uma vez que promove empatia e permite que o profissional conheça melhor o paciente, atendendo suas necessidades, sem afetar sua atuação, contribuindo para o crescimento da relação terapêutica, bem como para o cuidado humanizado, pois este fortalece as relações humanas e incentiva os sentimentos de prazer, confiança e respeito mútuo (D'ALENCAR et al, 2013).

Diante da necessidade de melhorar as estratégias de cuidados com a arteterapia frente à criança com câncer, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa, visando esclarecer os aspectos positivos das ações desta modalidade no tratamento oncológico, na percepção dos cuidadores das crianças em fase de tratamento e com isto contribuir para a melhoria da humanização e do cuidado na assistência do câncer infantil. Ante o exposto, o artigo parte do seguinte questionamento: Qual a influência da arteterapia no tratamento oncológico pediátrico de acordo com a opinião dos seus cuidadores?

Para responder esse questionamento, definiu-se o seguinte objetivo:  
Analisar a influência da arteterapia no tratamento oncológico pediátrico a partir da opinião de seus cuidadores.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo será utilizada uma pesquisa de campo de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Este método é relatado como um instrumento para compreender a prática, avaliá-la e questioná-la, exigindo, assim, formas de ação e tomada consciente de decisões (ABDALLA, 2005).

Segundo Malhotra et al (2005), a pesquisa exploratória tem como principal objetivo proporcionar esclarecimento e compreensão para o problema enfrentado. Seu processo de pesquisa não é estruturado e caracteriza-se como flexível. Já a pesquisa descritiva, é um tipo de pesquisa conclusiva que tem por objetivo descrever funções ou características e é marcada pela formulação de hipóteses específicas. A pesquisa qualitativa destaca uma relevância principal aos depoimentos dos participantes envolvidos, dessa forma este tipo de abordagem relata, discursos e significados informados por meio de entrevista ou questionamentos abertos, tentando facilitar o descrever das indagações sugeridas (VIEIRA; ZOUAIN, 2004; OLIVEIRA, 2008).

A pesquisa foi desenvolvida na Casa da Criança com Câncer, localizada na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. A população foi composta por cuidadores de crianças portadoras de câncer que frequentam a referida casa de apoio e sua amostra foi composta por um número de 10 (dez). A pesquisadora considerou esse quantitativo suficiente por se tratar de uma pesquisa qualitativa, visto que, neste tipo de abordagem se valoriza o aprofundamento do fenômeno investigado e não o quantitativo numérico (MINAYO, 2010).

A seleção da amostra foi realizada observando-se os seguintes critérios de inclusão: ser familiar de crianças entre dois e doze anos de idade, que estejam em processo de tratamento oncológico e estejam vinculadas com a Casa da Criança com Câncer da Paraíba; ter interesse e disponibilidade para participar do estudo.

A pesquisadora levou em consideração os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As pesquisas com seres humanos devem oferecer todas as garantias a pessoa humana, inclusive em relação ao anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa sem prejuízos de assistência, assim como a Resolução 564/17 COFEN que institui o novo código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semiestruturado de perguntas subjetivas (composto de duas partes), contendo questionamentos pertinentes aos objetivos desse estudo. A primeira, composta pelas variáveis: nível de escolaridade, idade e sexo; e a segunda parte constituída por questões subjetivas referentes ao objeto de estudo.

O material empírico, gerado a partir das entrevistas com os cuidadores foi codificado, a fim de garantir o anonimato desses participantes. Sendo assim, foram identificados pela letra C para representar o Cuidador e números para identificar o instrumento, como por exemplo, C1, que corresponde ao cuidador 1, C2 ao cuidador 2 e, assim, sucessivamente.

A coleta dos dados ocorreu entre setembro e outubro de 2018, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP), sob número do CAAE: 84641618.9.0000.5184, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante do estudo. Os dados do material obtido pelo instrumento foram agrupados e analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Para operacionalizar a

referida técnica, foram utilizadas as seguintes etapas: Pré-análise, onde é realizada a leitura flutuante do material empírico para a compreensão do fenômeno estudado; Exploração do material, fase onde foram destacados pontos relevantes a fim de codificá-los e agrupá-los em categorias; e por último, Tratamento e interpretação dos resultados, na qual são abordadas as referências e interpretações para culminar em novas descobertas.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Este tópico tem por objetivo apresentar as informações de representação dos participantes inseridos na pesquisa e a categoria temática, que surgiu do material empírico do estudo, através da técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Dos dez cuidadores que participaram do estudo, todos são do sexo feminino. Esse quantitativo já era esperado, tendo em vista que as crianças, em sua maioria, têm como cuidador principal alguém do sexo feminino.

No que diz respeito à idade dos cuidadores participantes do estudo, observou-se uma variação de faixa etária, visto que uma das participantes tem entre vinte a vinte e cinco anos, cinco tem entre vinte e seis a trinta e cinco anos, e quatro tem entre trinta e seis a quarenta e cinco anos.

Em relação ao nível de escolaridade, identificou-se que três possuem o ensino fundamental incompleto, duas possuem o ensino fundamental completo, quatro possuem o ensino médio incompleto e uma possui o ensino médio completo. Quanto ao tempo de tratamento da criança foi observado uma variedade entre nove meses até oito anos.

O material empírico do estudo foi adquirido a partir da seguinte questão norteadora: Qual a influência da arteterapia no tratamento oncológico pediátrico de acordo com a opinião dos seus cuidadores?

Após submeter à técnica de análise de conteúdo proposta, o material citado possibilitou a construção de uma categoria temática, cuja análise será apresentada a seguir:

**CATEGORIA I – Arteterapia no tratamento do câncer infantil: um suporte terapêutico.**

A descoberta do câncer infantil sempre é um evento doloroso, e por vezes é considerado como uma provação aos pais ou à criança. Devido aos tratamentos

agressivos, essa doença provoca danos psicológicos graves, porém reversíveis, mas quando não cuidados adequadamente comprometem o bem-estar do paciente e favorecem para a evolução da doença (RIBEIRO, 2005).

Ainda para a autora supracitada, quando se associa a arte aos tratamentos clássicos, pretende-se atuar na conservação da pureza e na inocência da criança, auxiliando-a no enfrentamento desse período frágil e garantindo estabilidade emocional, visto que, os recursos artísticos empregados como forma terapêutica proporcionam uma melhora no estado clínico.

Convém ressaltar que a arteterapia aumenta o conhecimento da criança sobre o mundo além de promover a demonstração dos sentimentos e angustias. Tais ações auxiliam no alívio da dor, incentivam a imaginação e a criatividade desta criança, que por muitas vezes vem perdendo a vontade de brincar, devido ao processo de adoecimento e hospitalização necessários ao tratamento do câncer (VALLADARES e CARVALHO, 2006).

Algumas vezes o ato de brincar passa despercebido quando nos referimos à criança com câncer, em função da gravidade da doença e complexidade do seu tratamento (SOARES et al, 2014). Nesse sentido, faz-se necessário realizar atividades em grupos com outras crianças, visando uma interação social e o compartilhamento de experiências e sentimentos, pois essas ações podem ajudar na melhoria do enfrentamento da doença na hospitalização (CARDOSO, 2007).

A seguir, serão destacados trechos de depoimentos dos cuidadores inseridos no estudo sobre os benefícios das ações de arteterapia para o tratamento do câncer infantil, conforme a sua opinião:

*Com elas nossos filhos se sentem mais felizes, acolhidos, capazes de realizar tarefas e acima de tudo, ajuda a esquecer um pouco o sofrimento que eles passam no tratamento que é tão doloroso. (C4)*  
*Eles se distraem um pouco, fazendo com que eles esqueçam por uns momentos o sofrimento do tratamento. (C2)*  
*Melhora a autoestima dele na escola. (C7)*  
*Fazem com que eles se distraiam e esqueçam um pouco do tratamento em si, pois o mesmo tende a deixar eles muito estressados. (C1)*

De acordo com os depoimentos relatados, as ações de arteterapia ajudam no enfrentamento da doença de maneira positiva, pois proporcionam momentos de alegrias e distrações, contribuindo com o alívio da dor gerados pelo tratamento da patologia. Esse método de terapia possibilita a superação de conflitos internos, estresse e tensões, pois promove a saúde, oferecendo melhoras no diagnóstico (FACCO et al, 2016).



Torres et al (2017), afirmam que a arteterapia pode trazer diversos benefícios tanto para os pacientes como para seus acompanhantes, pois promovem relaxamento, bem-estar, aumento da autoestima e melhora do estado de ânimo.

Valladares e Silva (2011) corroboram com os depoimentos, uma vez que afirmam que a arteterapia é um recurso que auxilia no desenvolvimento da criança com câncer, pois pode fazer com que a mesma, através das distrações, encare melhor o cenário desfavorável a qual ela se encontra, tornando sua rotina mais agradável e favorável, constituindo um equilíbrio emocional.

Os seguintes relatos referem que a realização de atividades envolvendo a arteterapia são importantes para o tratamento oncológico, visto que favorecem o bem-estar físico e emocional do paciente:

*Ajuda a autoestima praticar atividades envolvendo a interação entre os colegas. (C5)*  
*[...]Faz ele espalhar a mente para não pensar em muitas coisas que ele passou [...]. (C10)*  
*É muito importante porque os ajudam a desenvolver sua mente, seu caráter e esquecer um pouco seus sofrimentos. (C4)*  
*Ajuda muito a comunicação dele com as pessoas e com outras crianças. (C7)*  
*[...]Brincando, pintando, se distraem, aprendem, se divertem, fazem amizades novas e tudo isso é importante. (C2)*

Esses trechos do depoimento são demonstrativos da importância das atividades de arteterapia durante o tratamento da doença, principalmente por atuar no desenvolvimento emocional e cognitivo, contribuindo na melhoria de sua comunicação.

Diante dessa linha de pensamento, Pereira (2009) afirma que a arteterapia é de fundamental importância para o tratamento, pois incita os hormônios cerebrais responsáveis pelas sensações de prazer e bem-estar, que além de necessários, religa-os com o mundo e com o desejo de viver, enfraquecendo a apatia e o distanciamento trazidos pelo sofrimento, revigorando o indivíduo e resgatando a sua criatividade.

Concordando com essas afirmações relatadas, França et al (2013) igualmente cita que a comunicação também é de extrema relevância, pois considera-se como um instrumento indispensável para o cuidado humanizado e integral, visto que através dela pode-se identificar e acolher as necessidades dos pacientes que diante do adoecimento sofrem mudanças de hábitos, apresentam limitações e afastamento das atividades de rotina.

É notório que a adição dessa modalidade modifica positivamente o comportamento e os sentimentos das crianças, como evidenciam os trechos a seguir:

Fica bem menos estressado, mais alegre [...] sente-se mais contente quando tem atividades, mais comunicativo e descontraído em relação ao tratamento. (C1)  
Quando meu filho chegou aqui [...] era muito agitado, muito nervoso [...] começou a brincar e participar das coisas ele mudou muito, se acalmou, hoje é outra pessoa. (C6)  
Melhorou bastante em casa, com seus irmãos, colegas e amigos [...] ter responsabilidades e muito mais. (C4)

Os trechos citados acima demonstram que as atividades envolvendo a arteterapia deixam as crianças menos agitadas, mais comunicativas, auxiliam na interação entre outras pessoas, melhoram a autoestima e diminuem o sofrimento.

A brincadeira é uma atividade importante na vida da criança, sendo fundamental para seu desenvolvimento emocional, físico, mental e social. É a forma pela qual a criança se expressa e comunica ativamente suas ansiedades, sentimentos e frustrações, contribuindo para o bem-estar, a alegria e o conforto da criança (SOARES et al, 2014).

Valladares (2008) compartilha desse pensamento quando afirma que as intervenções de arteterapia ampliam a criatividade e a autonomia das crianças, qualidades essas que refletem e geram mudanças em suas vidas, assegurando inúmeras maneiras de se ver o mundo.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo permitiu compreender melhor a opinião dos cuidadores acerca da importância da arteterapia no processo de tratamento do câncer infantil, temática estarelevante para o desenvolvimento do crescimento intelectual e profissional no processo de cuidar, pois aborda uma visão holística e humanista sobre o paciente.

Foi observado que de acordo com a opinião de todos os cuidadores participantes deste estudo, o uso das atividades envolvendo a arteterapia, traz melhorias no processo do tratamento oncológico da criança a qual está acompanhando, principalmente em relação ao aumento do bem-estar, diminuição do sofrimento e agressividade, melhora na comunicação e no convívio com outras pessoas e no aumento da autoestima.

A experiência envolvendo o uso das ações de arteterapia permitiu evidenciar como esse método de baixo custo e procedimento simples como: colagem, desenho, pintura, jogos educativos, contagem de histórias, etc., pode trazer resultados positivos para a vida de pessoas que estão inseridas na condição do tratamento oncológico, como também dos seus acompanhantes, visto que, suas mudanças comportamentais, influenciam diretamente nas emoções e sentimentos dos seus familiares.

Embora o mundo real desses pacientes sejam pesados, essa modalidade de terapia oferece às crianças momentos de apaziguamento, alegria, resgate da esperança e da fé, despertando a visão de um futuro melhor e com isso, contribui com o fortalecimento da autoestima e coragem no enfrentamento da doença, aumentando o desejo de não desistir, ainda que, muitas vezes se encontrem em situações na qual o prognóstico é desfavorável devido as limitações e dificuldades geradas pela patologia.

Vale ressaltar que tais ações podem ser inseridas como estratégias no processo da assistência de enfermagem das unidades de saúde infantil, para que além da assistência prestada e das orientações relacionadas à doença, os profissionais possam atender às particularidades dos pacientes de uma forma mais harmoniosa e humanizada, pois mesmo estando doente, a criança continua sendo criança e tem o direito de ter uma assistência integral para com isso tornar a hospitalização menos traumática e conseqüentemente mais suportável.

## REFERÊNCIAS

ABDALLA, Maria de Fátima Barbosa. A pesquisa-ação como instrumento de análise e avaliação da prática docente. **Aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.48, p. 383-400, jul./set, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BLOG LE SANTÉ. **A importância do enfermeiro para o paciente oncológico**. Disponível em: <<http://blog.lesante.com.br/importancia-do-enfermeiro-para-o-paciente-oncologico/>>. Acesso em: 21/08/18.

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA**. Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Brasil, 2012.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 564/17**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: Brasil, 2017.

CARDOSO, Flávia Tanes. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Revista da SBPH**. v.10, n.1, Rio de Janeiro, 2007.

D'ALENCAR, Érica Rodrigues; et al. Arteterapia no enfrentamento do câncer. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 14, n. 6, p. 1241-8, 2013.

FACCO, Sílvia Castro de Mello; et al. A arteterapia no tratamento dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v.4, p.45-54, Rio Grande do Sul, 2016.

FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá; et al. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, n.3, p.07. maio-jun, 2013.

GUIMARÃES, Tuani Magalhães; et al. Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.1, Porto Alegre, 2017.

MALHOTRA, Naresh K; et al. **Introdução à pesquisa de marketing**. Ed. Pearson Prentice Hall, São Paulo, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2010.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações eteses**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PEREIRA, Maria do Socorro de Melo. **Arteterapia na depressão: o resgate do equilíbrio emocional**. 95 f. Niterói – Rio de Janeiro. 2009.

RIBEIRO, Simone Goulart. **Arte como instrumento auxiliar no tratamento do câncer infantil**. 2005. 77f. Monografia (curso técnico de laboratório em biodiagnóstico em saúde) -Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- EPSJV em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

SOARES, Vanessa Albuquerque; et al. O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 111-116, 2014.

TORRES, Quitéria Silva do Nascimento; et al. **Vivências Em Arteterapia Com Pacientes Oncológicos Do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA**. Alagoas, 2017.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 3, p. 350-5, 2006.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso. **A arteterapia humanizando espaços de saúde**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2008.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso; SILVA, Mariana Teixeira da. A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.443-50, set, 2011.

VIEIRA, M. M. F. e ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

# **A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

## **THE IMPORTANCE OF MAN'S PARTICIPATION IN PRENATAL CARE CONSULTATIONS: BIBLIOGRAPHICAL RESEARCH**

Polyana da Silva Veloso<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Daniel Dal Bó<sup>3</sup>

Ana Cláudia Gomes Viana<sup>3</sup>

### **RESUMO**

Devido à resistência masculina pela busca da saúde e os altos índices de mortalidade por causas evitáveis, o Ministério da Saúde vem apoiando estratégias que facilitem o acesso dos homens ao serviço. Em setembro de 2010, durante o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, foi proposta a implantação do Pré-Natal Masculino como complemento a Política Nacional de Saúde do Homem na Atenção Básica à Saúde. Os objetivos do estudo são identificar a importância da participação do homem/pai nas consultas de assistência do pré-natal, relatar como é o acompanhamento paterno nas consultas de pré-natal junto às gestantes conforme as publicações e discutir a importância do enfermeiro no fortalecimento do vínculo dos pais no pré-natal. Trata-se de um método de pesquisa bibliográfico, exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. Os artigos foram pesquisados entre Maio e Outubro de 2018. Os resultados da busca resultaram em 11 artigos, 3 manuais do MS e 1 Resolução do COFEN referente à temática investigada. Os benefícios da presença do pai foram comprovados em vários estudos científicos nacionais, estes destacaram que as gestantes que tiveram a presença do pai se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. As consultas também podem ser usadas para incentivar os homens a participar e procurar mais vezes outros serviços das unidades de atenção básica, que muitas vezes os homens desconhecem ou não procuram por questões de horários de trabalho, e assim diminuir o índice de mortes por doenças evitáveis.

**Palavras-chave:** Saúde do Homem, enfermagem, pré-natal.

### **ABSTRACT**

Due to the male resistance to the search for health and the high mortality rates due to preventable causes, the Ministry of Health has been supporting strategies that facilitate the access of men to the service. In September 2010, during the First International Seminar on Health of Man of the Americas, the implementation of the Male Pre-Natal was proposed as a complement to the National Policy on Human Health in Basic Health Care. The objectives of the study are to identify the importance of the participation of the man / father in prenatal care consultations, to report how the parental follow-up in

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.

E-mail: velosopoly@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo:

<http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

the prenatal consultations with the pregnant women according to the publications and to discuss the importance of the nurse in the strengthening of the parents' prenatal relationship. It is a method of bibliographic research, exploratory, descriptive and with a qualitative approach. The articles were searched between May and October 2018. The results of the search resulted in 11 articles, 3 MS manuals and 1 COFEN Resolution referring to the researched topic. The benefits of the presence of the father have been proven in several national and international scientific studies, which emphasized that the pregnant women who had the presence of the father felt more secure and confident during the delivery. Consultations can also be used to encourage men to participate and seek more often for other services in basic care units, which men are often unaware of or are not looking for due to work hours, thereby reducing the number of deaths from preventable diseases.

**Keywords:** Human health, nursing, Prenatal care.

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede Sistema Único de Saúde, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Diante da resistência masculina pela busca da saúde e os altos índices de mortalidade por causas evitáveis, o Ministério da Saúde vem apoiando estratégias que facilitem o acesso dos homens ao serviço. Em setembro de 2010, durante o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, foi proposta a implantação do Pré-Natal Masculino como complemento a Política Nacional de Saúde do Homem na Atenção Básica à Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, "é necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo". A paternidade não deve ser tratada apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (HENZ et al, 2017).

Atualmente, vivemos um momento de transição e adaptação, onde a posição do homem na sociedade está em transformação, assim como os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Dessa forma, os serviços de saúde devem estimular a participação dos homens (adultos, adolescentes e idosos), discutindo o seu envolvimento nas questões da saúde sexual e reprodutiva. Por esse motivo, as estratégias desenvolvidas pelas políticas de saúde voltadas ao homem são fundamentais. Na sociedade, a gravidez sempre foi tratada como uma experiência exclusivamente da mulher, porém, nota-se que os conceitos e funções pré-determinados para homem e mulher na família estão em plena transformação (BRASIL, 2012; FERREIRA et al, 2014).

O enfermeiro e/ou o médico, como integrante da equipe de atenção básica são responsáveis pela realização do pré-natal, devendo proporcionar o acolhimento na unidade e sua integração ao processo. Desta forma, a estratégia pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Além dos exames de sorologia, as equipes de saúde que recebem os parceiros podem aproveitar para sugerir a realização de exames preventivos da próstata e cirurgias como vasectomia e fimose. É importante que esse homem seja bem acolhido pelas equipes de saúde, que tenham uma escuta qualificada. Ele acredita que dessa forma, os homens passam a considerar o serviço de saúde como um lugar onde ele pode ir para se prevenir de doenças e não o local para receber tratamento (BRASIL, 2010).

Ainda segundo o autor supracitado, a ideia é que os profissionais de saúde aproveitem o momento em que o homem está mais sensível – às vésperas de ser pai – para incentivá-lo não só a acompanhar as consultas de pré natal da esposa durante os nove meses como também a fazerem um check-up. Para o Ministério da Saúde, essa iniciativa parte do princípio de que o homem precisa se cuidar para cuidar da família.

Outro fator relacionado à dificuldade dos serviços de saúde que gera menor presença do público masculino é o fato de que os homens têm maior dificuldade em reconhecer suas necessidades de saúde, rejeitando a possibilidade de adoecer. Isto faz com que estes acabem procurando o sistema de saúde por meio da assistência

especializada, tendo como consequência o agravamento das doenças e a dificuldade de cura (HENZ et al, 2017).

A presença do parceiro na consulta pré-natal de sua parceira é indicada e desejável, para efetivar esta participação masculina, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569 instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Mesmo tendo como proposta mudanças positivas na qualidade da assistência, observa-se um retardo quanto à participação do pai na saúde reprodutiva da gestante (TARNOWSKI; PROSPERERO; ELSEN, 2005).

Garantindo o direito do homem/pai em acompanhar todo processo do trabalho de parto foi sancionada em 07 de abril de 2005, a Lei nº 11.108 que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Portanto, o profissional de saúde deve estar atento na participação do homem na assistência pré-natal, motivando juntamente com a sua companheira o envolvimento no processo gestacional, no parto e no pós-parto (OLIVEIRA et al, 2009).

A partir disto, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa, visando esclarecer os aspectos positivos das ações da enfermagem nas consultas do pré-natal masculino e mostrando meios de tirar proveito dessa participação do homem nas consultas para incentivá-lo a cuidar mais de sua saúde para assim poder cuidar da sua família. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a importância da participação do homem/pai nas consultas de assistência do pré-natal, relatar como é o acompanhamento paterno nas consultas de pré-natal junto às gestantes conforme as publicações e discutir a importância do enfermeiro no fortalecimento do vínculo dos pais no pré-natal.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um método de pesquisa bibliográfico, exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. A sua realização consiste na possibilidade do oferecimento de subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas assistenciais de enfermagem por meio de modelos de pesquisa (GANONG, 1987). Para Appolinário (2011), a pesquisa bibliográfica restringe-se à análise de documentos e tem como objetivo a revisão de literatura de um dado tema, ou determinado contexto teórico. Segundo o autor citado acima, na pesquisa descritiva o pesquisador se limita a “descrever o fenômeno observado, sem inferir relações de



causalidade entre as variáveis estudadas”. O autor complementa que esta modalidade se opõe à pesquisa experimental onde o pesquisador elabora juízo de valor acerca do conteúdo investigado.

Segundo o ponto de vista de Severino (2007), a pesquisa exploratória busca apenas levantar dados sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto. Na verdade ela é uma preparação para a pesquisa explicativa. Rodrigues e Limena (2006) definem a abordagem qualitativa como aquela que não emprega procedimentos estatísticos ou não tem, como objetivo principal, abordar o problema a partir desses procedimentos. É utilizada para investigar problemas que os procedimentos estatísticos não podem alcançar ou representar, em virtude de sua complexidade. Entre esses problemas, destacam-se aspectos psicológicos, opiniões, comportamentos, atitudes de indivíduos ou de grupos. Por meio da abordagem qualitativa, o pesquisador tenta descrever a complexidade de uma determinada hipótese, analisar a interação entre as variáveis e ainda interpretar os dados, fatos e teorias.

O levantamento desse estudo foi realizado por meio de busca eletrônica nas seguintes bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Bireme, Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Manual do Ministério da Saúde. Os critérios para a seleção da amostra foram que a publicação abordasse, no título ou no resumo, a temática investigada; estivesse no intervalo entre 2005 a 2018; disponível na íntegra e no idioma português.

Foram analisados 11 artigos científicos, 3 manuais do Ministério da Saúde e 1 Resolução do COFEN em periódicos nacionais que apresentaram relações com a temática abordada por meio dos descritores em Ciências da Saúde (DESCs): Saúde do Homem, enfermagem, pré-natal, no período entre Maio e Outubro de 2018.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O Quadro 1 apresenta a distribuição de artigos localizados selecionados nas bases de dados sobre a importância da participação do homem na consulta do pré natal conforme o título, autores, objetivo e resultados.

| <b>Título</b> | <b>Autores</b> | <b>Objetivo</b> | <b>Resultados</b> |
|---------------|----------------|-----------------|-------------------|
|---------------|----------------|-----------------|-------------------|

|                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Envolvimento Emocional do pai com o bebê:<br>Impacto da Experiência de Parto | BRANDÃO, S. Maria Pereira de Azevedo.                 | Neste contexto, o objetivo geral deste estudo descritivo correlacional, em que foi usada uma metodologia quantitativa, é avaliar o envolvimento emocional dos pais com os bebês na sequência do parto. Este trabalho tem ainda como objetivo específico verificar o impacto da experiência do corte do cordão umbilical pelo pai, no envolvimento emocional entre o pai e o bebê. | Os resultados demonstram que o envolvimento emocional entre o pai e o bebê tem tendência a aumentar nos primeiros dias após o parto e a diminuir quando avaliado no primeiro mês após o parto. O impacto da experiência do corte do cordão umbilical pelo pai, no envolvimento emocional entre o pai e o bebê aponta que os pais que cortaram o cordão umbilical dos seus filhos no momento do parto têm uma melhoria significativa no viii envolvimento emocional. Os resultados sugerem assim que o corte do cordão umbilical efetuado pelos pais no momento do parto parece beneficiar o envolvimento emocional entre o pai e o bebê. |
| A Ausência do Companheiro nas Consultas de Pré-natal: desafios e conquistas. | CABRITA, B.A.C; Silveira ES. Souza AC, et al.         | Analisar a inserção e visão do companheiro acerca da assistência pré-natal, identificar e analisar os motivos que levam a uma parcela desses companheiros a não acompanharem suas mulheres gestantes nas consultas de pré-natal.                                                                                                                                                  | Foram realizadas 20 entrevistas, sendo 15 na Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira e 05 na maternidade do Hospital Universitário Antônio Pedro.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| A Importância do Pai nas Consultas de Pré- Natal                             | CAMPOS, Cleanes Pereira da Silva; SAMPAIO, Alexandre. | O presente trabalho teve como objetivo descrever os benefícios da presença paterna nas consultas do pré-                                                                                                                                                                                                                                                                          | Espera-se que com este estudo possamos contribuir com os profissionais de saúde que realizam consultas de pré-natal, como enfermeiro e médicos, com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                      |                                              |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                      |                                              | natal                                                                                                                                                                                                      | intuito de estimular a presença paterna nas consultas de pré-natal. existem alguns estudos sobre esse tema que, no entanto, ainda se encontra pouco explorado, nos estudos realizados os pais continuam a ser menos valorizados do que as mães                                                                                                                                         |
| A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. | Cardoso VEPS, Junior AJS, Bonatti AF, et al. | Analisar como a gestante percebe a participação do parceiro na rotina pré-natal.                                                                                                                           | Das participantes do estudo, apenas uma teve acompanhamento integral do parceiro, outras cinco relataram a presença apenas na realização da ultrassonografia obstétrica. daquelas que relataram ausência, o trabalho foi apontado como principal fator, também se observou que questões de gênero influenciam nesta ausência, pois a gestação é vista como momento exclusivo da mulher |
| A Importância da Presença Paterna no Pré-Natal.                                      | CARREIRO, Ana Gislene; et al.                | O objetivo do trabalho é descrever, através da literatura, a importância da presença paterna no pré-natal e citar os benefícios que este acompanhante traz à gestante e, posteriormente, ao recém-nascido. | É importante conscientizar o pai da sua presença durante o pré-natal e no momento do parto, proporcionando benefícios e segurança para a puérpera, tornando-se um vínculo afetivo e construtivo a geração futura.                                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A Importância da Participação Paterna Durante o Pré-Natal: Percepção da Gestante e do Pai no Município de Cáceres – MT.</p> | <p>FERREIRA, TAÍSE Neves; et al.</p>                                           | <p>Descrever a importância da participação paterna no acompanhamento ao pré-natal na visão do pai e da gestante.</p>                                                                                                                                                               | <p>Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo. A pesquisa teve como referência as Estratégias de Saúde da Família Cáceres-MT. Participaram da pesquisa 30 gestantes e seus respectivos companheiros. Quando questionado se as gestantes conversaram com seus companheiros sobre a importância da participação paterna no pré-natal, 67% das gestantes responderam que sim e 33 % não conversaram.</p> |
| <p>Pré-Natal: Experiências Vivenciadas Pelo Pai.</p>                                                                           | <p>FIGUEIREDO, Márcio Grei Vidal de; MARQUES, Alessandro Cristaldo.</p>        | <p>Estudo descritivo-exploratório teve por objetivo identificar as experiências vivenciadas pelo pai ao acompanhar a consulta pré-natal, conhecendo seu perfil socioeconômico, utilizando entrevista semi-estruturada, analisada pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.</p> | <p>A amostra foi composta por 10 pais acompanhantes e os resultados que emergiram em Ideias Centrais: experiências em acompanhar; motivos para participar; como foi acompanhar; contribuições; facilidades e dificuldades para participar.</p>                                                                                                                                                             |
| <p>A Inclusão Paterna Durante o Pré-Natal.</p>                                                                                 | <p>HENZ, Gabriela Sofia; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; SALVADO, Morgana.</p> | <p>Investigar a participação paterna durante o pré-natal em um Centro de Atenção a Saúde da Mulher.</p>                                                                                                                                                                            | <p>A limitação da oferta de horários de atendimento, que coincidem com os de trabalho dos homens dificulta a participação paterna. Destacou-se a importância de as gestantes encorajarem o seu parceiro a participar das atividades do pré-natal.</p>                                                                                                                                                      |

|                                                                           |                                       |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O que é o pré-natal masculino. E qual sua importância para a paternidade. | LIMA, Juliana Domingos de.            | A ideia de que o pré-natal é responsabilidade só da mulher é um dos fatores que inauguram o peso maior de cuidado dos filhos sobre ela.                                                 | Acompanhamento para o homem durante a gestação previne doenças e incentiva a prática do auto cuidado e a partilha de responsabilidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Dificuldades para Inserção do Homem no Pré-Natal.                         | PIRES, Sabrinna Scarlet Veras; et al. | Dessa forma, os serviços de saúde devem estimular o envolvimento dos homens (adultos, adolescentes e idosos), discutindo a sua participação nas questões da saúde sexual e reprodutiva. | Constatou-se que a participação dos homens no pré-natal é bastante escassa. Existe forte influência negativa das questões de gênero sobre a participação do pai durante as consultas de pré-natal, pois, para a sociedade, o pai tem o papel de provedor da casa e responsável moral da família, sendo a mulher encarregada do cuidado com os filhos e com a casa. As experiências e interações vividas pelos pais com seus próprios genitores e o modo como "aprenderam a ser pai" são aspectos que influenciam à não participação nas consultas de pré-natal, bem como falta de ações que incluam esses homens no serviço de saúde em geral. Além de não promover ações, a equipe e a acompanhante muitas vezes não incentivam a participação do homem nas consultas de pré-natal. |
| A participação do Homem/pai no acompanhamento da assistência              | OLIVEIRA, Sheila Costa; et al.        | Com objetivo de identificar os fatores que influenciam a participação do                                                                                                                | A amostra intencional foi constituída por 13 homens/pais companheiros de gestantes, que                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                     |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| pré-natal                                                           |                                         | homem/pai no acompanhamento pré natal em uma Unidade de Saúde da Família de Recife – PE, foi realizado um estudo transversal do tipo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa.                                                                                                                                                                       | no realizavam o pré-natal em uma unidade de saúde da família. Este estudo mostra que 53,8% (n =7) dos homens entrevistados não consideraram a gravidez oportuna e referem o trabalho como motivo para não participar da consulta pré-natal, 61,5% (n =8) consideraram como maior contribuição no processo gestacional o apoio emocional e financeiro e 84,6% (n =11) dos pais não participam dos grupos de gestantes na unidade de saúde em estudo. |
| Consulta Pré-Natal do Parceiro é Incluída nos Procedimentos do SUS. | COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. | A consulta avalia o estado geral de saúde do pai/parceiro, devendo ser solicitado os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos, atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos do pai/parceiro. | Inclusão representa grande avanço na implementação da estratégia Pré-Natal do Parceiro e consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Cuidando de Adolescente na Rede Cegonha.                            | Ministério da Saúde                     | O Ministério da Saúde, visando garantir a atenção integral durante a adolescência, elabora políticas nacionais voltadas para a                                                                                                                                                                                                                                  | A partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde deste segmento, a Coordenação-Geral da Saúde de Adolescentes e Jovens                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

promoção, a proteção e a recuperação da saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e de Jovens. Busca-se, com isso, reduzir as principais doenças e agravos, bem como melhorar a vigilância à saúde e contribuir para a qualidade de vida desses milhões de cidadãos brasileiros que estão na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade.

propõe este documento para auxiliar as Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família no trabalho com esse público, propondo como grandes eixos: cuidado da saúde, hábitos saudáveis e a atenção aos principais aspectos clínicos.

Guia do Pré-Natal do Parceiro Para Profissionais de Saúde. Ministério da Saúde

Este Guia apresenta a estratégia Pré-Natal do Parceiro, uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, jovens adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica.

O argumento central trazido por este debate é que, desta forma, é possível romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este universo.

Política de Saúde do Homem. Ministério da Saúde

Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de

significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição de artigos localizados nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde Scientific(LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Bireme, 2009-2018; Manual do Ministério da Saúde, 2010-2016 e Manual do Cofen 2017, sobre a importância da participação do homem na consulta do pré natal.**

No início de uma gravidez, o homem não tem qualquer prova física de que vai ter um filho, logo pode ser para ele mais difícil de aceitar do que para a mulher. Muitas vezes esta aceitação chega quando o pai vê o feto por ecografia, o que normalmente cria um sentido de responsabilidade. No segundo trimestre de gravidez, esta realidade torna-se mais evidente, o pai pode sentir os movimentos do feto dentro da barriga da companheira, o que é para a maioria dos homens excitante e inquietante. É provável que assim como acontece com as mães, que logo veem os seus sentimentos afetados pelos movimentos fetais, também o pai reaja ao feto e que isso tenha influência na forma como o vai tratar após o nascimento. No terceiro trimestre, a realidade do feto e do parto aumenta a cada semana, a ansiedade e a preocupação com o que pode acontecer aumentam e desta forma também o envolvimento (BRANDÃO, 2009).

A presença do homem na Atenção Primária ainda é menor comparada à da mulher e dificilmente o usuário procura os serviços para promoção da saúde e por



consequência, sua porta de entrada passa a ser o serviço especializado. Portanto, há necessidade dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que geralmente tem mais contato com os pacientes, estarem incluindo esses pais a participarem do pré-natal e explicar a eles a importância desse acompanhamento tanto para o bebê quanto para a mãe ou casal (CAMPOS et al, 2017; CARDOSO et al, 2018).

Grande parte da população masculina não aderir às ações de saúde é decorrente de variáveis culturais. Culturalmente a doença é visualizada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como sendo possível à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, levando ao descuido destes com sua saúde, aumentando assim a sua exposição a situações de risco. Outra questão destacada como impedimento pela população masculina é o horário de atendimento dos serviços de saúde que coincide com a carga horária de trabalho, provocando a diminuição da procura pelos serviços de saúde (HENZ et al, 2017).

Diante da resistência masculina pela busca da saúde e os altos índices de mortalidade por causas evitáveis, o Ministério da Saúde vem apoiando estratégias que viabilizem o acesso dos homens ao serviço. Em setembro de 2010, durante o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, foi proposta a implantação do Pré-Natal Masculino como complemento a Política Nacional de Saúde do Homem na Atenção Básica à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A “Consulta Pré-Natal do Parceiro” foi incluído no rol do Sistema Único de Saúde, sob o número 03.01.01.023-4. A consulta resulta na avaliação do estado geral de saúde do pai/parceiro, devendo ser solicitado os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos, atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós parto, amamentação e direitos do pai/parceiro (COFEN,2017).

Desta forma, a estratégia Pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A implementação do pré-natal masculino cabe às unidades de atenção básica dos municípios. A ação está presente nas políticas de saúde dos 26 Estados e do

Distrito Federal e de 80 municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo dado de 2014 do Ministério da Saúde. O programa é, também, uma estratégia para aproximar os homens da medicina preventiva, já que, em geral, os homens não procuram ir ao médico. A população masculina sofre mais com o agravamento de doenças e procura atendimento médico já nos estágios mais avançados da doença. O pré-natal do parceiro tem o objetivo, além disso, de “preparar o homem para o exercício da paternidade ativa”, incluindo-o nas atividades educativas do pré-natal. A mulher ao confirmar resultado positivo no teste de gravidez em uma unidade de saúde, é imediatamente integrada à rotina do pré-natal no SUS. É esse o momento em que o Ministério da Saúde recomenda que se proponha a realização de exames e testes também pelo homem, se estiver presente, e se não estiver, que seja convocado por meio da parceira (NEXOJORNAL, 2017).

A participação do homem durante as consultas de pré-natal é dificultada, muitas vezes, pela falta de ações que incentivem a presença do mesmo junto à sua companheira. O que se vê é um ambiente completamente chamativo para a mulher, mas o homem é deixado de lado, na maioria dos casos pelos próprios profissionais da saúde, por falta de estratégias que ajudem a ida desse homem nas consultas de pré-natal junto à sua companheira. Os homens adolescentes e jovens ainda carecem de olhar inclusivo, pois frequentemente são vistos como “obstáculos para o planejamento reprodutivo” e sem reconhecimento de poderem ser participantes imprescindíveis nos eventos da sexualidade e da reprodução (BRASIL, 2013).

Os homens participam de várias formas na gravidez de suas companheiras, tanto de modo direto, através de comportamentos como acompanhar as ecografias e consultas, quanto de modo indireto, oferecendo-se como uma figura de apoio para a gestante e expressando seu envolvimento emocional. O homem/pai também tem função importante como companheiro, transmitindo segurança e apoio à mulher e colaborando para que ela receba intensamente seu filho. Com estas pequenas atitudes, homens e mulheres poderão criar um elo mais sólidos, garantir que as futuras gerações de crianças sejam emocionalmente equilibradas, seguras e felizes (FERREIRA, et al, 2014).

Além de todo o processo direto com a gestante, é importante que, após a confirmação da gravidez, o enfermeiro, desde a primeira consulta, venha a influenciar a presença do parceiro nas mesmas. Na primeira consulta presenciada pelo pai/parceiro, é importante que haja uma postura acolhedora pela equipe de enfermagem,

incentivando a sua presença nas próximas consultas, frisando que o mesmo pode usar desse momento para tirar dúvidas, bem como explicar a importância e ofertar a realização de exames, principalmente os testes rápidos, que são utilizados como importante estratégia para a prevenção e consequente redução do impacto das doenças transmissíveis na população, sobre a possibilidade de realização da cirurgia de vasectomia e, caso necessário, são solicitadas consultas complementares e outros exames preventivos, como de próstata, incentivar os homens a assistir palestras educativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Lembra-se, então, que o acolhimento não é um momento fixo ou uma etapa, mas uma postura ética, política e, sobretudo empática, que pode ocorrer em boa parte dos momentos de interação entre usuários e profissionais de saúde. Quanto maior o vínculo estabelecido, mais trocas verdadeiras se potencializam entre o pai/parceiro e os profissionais que o assistem, possibilitando, então, o acesso respeitoso a informações mais íntimas destes homens no que tange à sexualidade, práticas e eventuais comportamentos de risco e à dinâmica conjugal e divisão de papéis e tarefas nesta relação. As informações disponibilizadas nas consultas proporcionam condições ao parceiro de entender as mudanças que ocorrem com a mulher nesse período e também orientá-los sobre o direito de acompanhar a gestante nas consultas pré- natais e no parto (FERREIRA, 2014).

A presença paterna durante o pré-natal possui grande importância no que diz respeito ao processo de humanização. No entanto, em grande parte dos serviços de saúde percebe-se que durante o pré-natal o profissional de saúde concentra o seu atendimento na gestante, não dando a devida atenção ao pai. Os benefícios da presença do pai foram comprovados em vários estudos científicos nacionais e internacionais, estes destacaram que as gestantes que tiveram a presença do pai se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto (BRASIL, 2012; HENZ et al, 2017).

Muitas vezes o próprio profissional de enfermagem não conhece a diferença que faz a presença do pai no contexto do pré-natal, às vezes acredita que o homem irá atrapalhar, quando na verdade ele tem tudo para ajudar. Durante o atendimento, é importante que o profissional resgate o histórico deste usuário com o tema da paternidade, no sentido de conhecer suas experiências e vivências pregressas e expectativas quanto ao desempenho deste importante papel afetivo e social, a fim de captar quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, dialogando de maneira sensível e construindo junto possíveis estratégias de enfrentamento. Talvez não seja

logo no primeiro encontro que o profissional abordará questões ligadas à intimidade do usuário, mas ao longo do processo (CABRITA, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No Quadro 2 a seguir são destacados o papel do enfermeiro no pré natal masculino relacionado a questão afetiva do pai com o filho e a companheira e o papel do enfermeiro na questão do cuidado com a saúde do homem/companheiro.

**Papel do (a) enfermeira (o) na afetividade entre o casal e o bebê**

**Papel do (a) enfermeira (o) no cuidado da saúde do homem/companheiro**

Esclarecer sobre atividade sexual, como respeitar as limitações da esposa durante a gestação.

Nas consultas o enfermeiro (a) deve explicar ao homem sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis, evitando assim doenças evitáveis como diabetes, hipertensão, entre outros

A enfermeira (o) deve orientar o homem também quanto a importância do aleitamento materno.

É importante que a enfermeira (o) oriente o parceiro sobre a atualização do cartão de vacina.

Informar sobre o período do puerpério e a importância de respeitar o “resguardo”.

A enfermeira (o) deve realizar já na primeira consulta os testes rápido de Sífilis, HIV e Hepatite B.

Incentivar o parceiro a participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê.

Assim que diagnosticado com alguma DST's/ AIDS, a enfermeira (o) deve orientar ao casal quanto ao início do tratamento o mais rápido possível.

Devem ser solicitados exames de rotina como: Tipagem sanguínea e Fator RH; Hemograma; Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos; Dosagem de Glicose; Eletroforese da hemoglobina.

O acompanhamento da saúde do pai pode incluir exames preventivos da próstata e medição da pressão arterial.

Também é importante que o enfermeiro (a) oriente o homem na hora da consulta sobre a cirurgia de vasectomia, e tentar detectar algum problema como fimose, entre outros.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

## **Quadro 2 - O papel do enfermeiro no Pré-natal masculino.**

Lembrando que esses procedimentos e exames devem ser solicitados respeitando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A realização dos testes e a adesão ao tratamento do parceiro com sífilis ou HIV têm grande importância na diminuição do risco de contágio da mãe para a criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; NEXOJORNAL, 2017).

## **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o intuito de contribuir para o aumento da participação do companheiro/pai nas consultas de pré-natal e a importância que os profissionais de enfermagem tem como facilitadores para o envolvimento desses na gestação da companheira, recomendamos através deste estudo uma maior divulgação sobre o tema, com o objetivo de diminuir o índice de transmissões sexuais, aumentar o laço afetivo entre pai/filho/mãe, e incentivar o homem a cuidar mais da sua saúde para que este consiga prevenir doenças simples e evitáveis.

É importante que a enfermagem possa aproveitar ao máximo a ida do pai ao acompanhar a gestante (sua companheira), fazendo com que o acolha e mostre a importância deste estar ali, tanto para sua saúde quanto para saúde da sua família. Fazer também com que a enfermagem utilize a presença do companheiro/pai (já que os homens procuram menos a Atenção Básica) para aplicar o programa do pré-natal do homem, que ainda encontra-se com falhas dentro da Atenção Básica comparado aos outros programas dos SUS, por vários motivos, sendo um deles a falta de tempo do homem por motivos de horário de trabalho e até mesmo a falta de esclarecimento deste programa na comunidade. O (a) enfermeiro (a) deve encontrar algum meio de ajustar esse horário para facilitar a ida do homem ao serviço, agendando horários com a gestante que seja durante a folga do seu companheiro.

As consultas de pré-natal também podem ser usadas para incentivar os homens a participar e procurar mais vezes outros serviços das unidades de atenção básica, que muitas vezes os homens desconhecem e assim diminuir o índice de morte por doenças que poderiam ser evitadas se esses frequentassem a unidade.

Participar das consultas possibilita ao homem compreender melhor a gestação e seu papel perante ela, além de ser um momento importante para trabalhar as medidas preventivas, como a prevenção de infecções por HIV, sífilis, hepatites virais e aumentar a adesão aos exames anteriores ao parto, além de ter a função de orientar o pai quanto às alterações emocionais e físicas pelas quais as mulheres passam durante o parto e pós-parto ajudando assim a diminuir a violência doméstica.

Os profissionais de enfermagem devem estar atentos e buscar integrar o pai ao cuidado do bebê, com esse novo ser que supera os preconceitos de gênero associados à masculinidade. Pretende-se identificar assim, pontos em que ações mais simples poderão ser implantadas e com chances de surgir efeito, ou seja, ações que permitam um maior comparecimento dos maridos às consultas de pré-natal de suas companheiras.

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Sônia Maria Pereira de Azevedo. **Envolvimento emocional do pai com o bebê**: Impacto da Experiência de Parto. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto - Portugal, Março, 2009.

BRASIL. **Consulta pré-natal do parceiro é incluída nos procedimentos do SUS**. COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cuidando de adolescente na rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde do Homem**. Ministério da Saúde. 2010.

CABRITA, Bruno Augusto Corrêa; et al. A Ausência do Companheiro nas Consultas de Pré natal: desafios e conquistas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.4, n.3, p.2645-2654, Julho/setembro, 2012.

CAMPOS, Cleanes Pereira da Silva; SAMPAIO, Alexandre. A Importância do Pai nas Consultas de Pré- Natal. Artigo de Revisão. **Faculdades Promove de Brasília**, p.1-7, 2017.

CARDOSO, Vanessa Erika Pereira Silva; et al. A Participação do Parceiro na Rotina Pré-Natal Sob a Perspectiva da Mulher Gestante. **Rev Fund Care Online**. 2018 jul./set.; v.10, n.3, p.856-862.

CARREIRO, Ana Gislene; et al. **A Importância da Presença Paterna no Pré-Natal**. Simpósio de TCC e Seminário de IC. 2016.

DEL-MASSO, Maria Candida Soares; et al. **Ética em Pesquisa Científica: conceitos e finalidades**. Disponível em:<[https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155306/1/unespnead\\_reei1\\_ei\\_d04\\_texto2.pdf](https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/155306/1/unespnead_reei1_ei_d04_texto2.pdf)>. Acesso em: 29/05/2018.

FERREIRA, Taíse Neves; et al. A Importância da Participação Paterna Durante o Pré-Natal: Percepção da Gestante e do Pai no Município de Cáceres – MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 05, n.2, p. 337-345. 2014.

FIGUEIREDO, Márcio Grei Vidal de; MARQUES, Alessandro Cristaldo. Pré-Natal: Experiências Vivenciadas Pelo Pai. **REDALYC**, p. 708-13. Out/Dez 2011.

HENZ, Gabriela Sofia; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; SALVADOR, Morgana. A Inclusão Paterna Durante o Pré-Natal. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde**, p. 52-66. Rio Grande do Sul, Jan/Jun 2017.

LIMA, Juliana Domingos de. O que é o pré-natal masculino. E qual sua importância para a paternidade. **Jornal Nexo Expresso**, 2017.

PIRES, Sabrinna Scarllet Veras; et al. **Dificuldades para Inserção do Homem no Pré-Natal: Revisão de Literatura**. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Campina Grande, Paraíba, 2017.

OLIVEIRA, Sheila Costa; et al. A participação do Homem/pai no acompanhamento da assistência pré natal. **Rev Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p.73-8, Jan/Mar, 2009.

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM LESÕES POR PRESSÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **NURSING ASSISTANCE IN GROSS PRESSURE: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW**

Luzinete Fidelis<sup>1</sup>

Zirleide Carlos Felix<sup>2</sup>

Suzana Araújo de Macedo<sup>3</sup>

Teresa Cristina Albuquerque Leal<sup>3</sup>

## **RESUMO**

**Objetivo:** verificar na literatura científica brasileira a assistência de enfermagem em lesões por pressão **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva com abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da Biblioteca Virtual de saúde nas bases de dados LILACS, SCIELO E MEDLINE; e sites como Google Acadêmico. Após a seleção do material científico, obteve-se uma amostra de 23 artigos, onde todos obedeceram e foram descritos conforme os critérios de inclusão estabelecidos no estudo. **Resultados e Discussões:** A equipe de enfermagem é a principal responsável pela integridade da pele do cliente, sendo fundamental seu conhecimento e a prática para avaliação dos riscos das lesões por pressão. Durante sua avaliação, deve-se priorizar o bem estar físico e emocional do paciente no intuito de conhecer os riscos de desenvolvimento destas e, a partir daí, promover medidas profiláticas para a manutenção de uma qualidade no atendimento aos pacientes acometidos por essas lesões. **Considerações Finais:** Neste estudo foi

---

<sup>1</sup>Discente do curso de enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

<sup>2</sup> Orientadora. Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [zirleidefelix@hotmail.com](mailto:zirleidefelix@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/3252087396950128>

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.



possível elaborar um entendimento sobre a assistência de enfermagem em relação às lesões por pressão, relatando a importância dos profissionais de enfermagem nos cuidados em todas as fases das lesões por pressão. Tal pesquisa menciona ainda as possibilidades de tratamentos adequados, bem como medidas preventivas no intuito de amenizar os riscos dessas lesões.

**Descritores:** Assistência de enfermagem; Lesão por pressão, Feridas.

## ABSTRACT

**Objective:** to verify in the Brazilian scientific literature the nursing care in pressure injuries **Method:** This is a bibliographic research of the descriptive type with a qualitative approach. The bibliographic survey was performed through the Virtual Health Library in the databases LILACS, SCIELO AND MEDLINE; and sites like Google Scholar. After the selection of the scientific material, a sample of 23 articles was obtained, all of which obeyed and were described according to the inclusion criteria established in the study. **Results and Discussion:** The nursing team is the main responsible for the integrity of the client's skin, being fundamental knowledge and practice for the evaluation of the risks of pressure injuries. During their evaluation, the patient's physical and emotional well-being must be prioritized in order to know the risks of their development and, from there, to promote prophylactic measures to maintain a quality of care for the patients affected by these lesions. **Final Considerations:** In this study it was possible to elaborate an understanding about nursing care in relation to pressure injuries, reporting the importance of nursing professionals in care in all phases of pressure injuries. Such research also mentions the possibilities of appropriate treatments, as well as preventive measures in order to mitigate the risks of these lesions.

**Keywords:** Nursing care; Pressure Injury, Wounds.

## 1 INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LP) significam lesões cutâneas ou partes moles, superficiais ou profundas com origem isquêmica secundária a um aumento de pressão externa, e localizam-se geralmente na parte da proeminência óssea. O diagnóstico é feito através de métodos visuais que também classificam as lesões por pressão em estágios, sendo considerável na elaboração do planejamento terapêutico (SANDERS; PINTO, 2012).

A incidência das lesões por pressão está nitidamente ligada ao meio ambiente clínico e as características do paciente. Manifestam-se em pacientes hospitalizados ou aqueles que necessitam de cuidados institucionais de longo prazo. Estimativas relatam que anualmente nos Estados Unidos de 1 a 3 milhões de pessoas desenvolvem lesões

por pressão; 2,5 milhões de lesões são tratadas em paciente de cuidados agudos e 60 mil morrem de complicações secundárias a esse tipo de lesões (MORAES et al, 2016).

Convém ressaltar que os principais fatores relacionados ao desenvolvimento das lesões por pressão são: causas intrínsecas pertinentes à apresentação clínica do paciente, como idade, estado nutricional, incontinência urinária e fecal, infecções, falta de vitaminas, pressão arterial, entre outros. Os Fatores extrínsecos estão relacionados ao estado físico do paciente como fricção, cisalhamento, umidade e pressão sendo esse último a causa principal do avanço da lesão (COSTA, 2015).

De acordo com Pott (2013) o comprometimento tecidual pode ser classificado em estágio I, estágio II, estágio III e estágio IV. As lesões que apresentam ampla região de necrose só podem ser classificadas após o desbridamento da ferida para identificar a profundidade do dano tecidual.

Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais da enfermagem tenham habilidades clínicas na avaliação dos riscos para desenvolverem as Lesões por Pressão, bem como sua eficácia na prevenção desses agravos (POTT, 2013).

Nesse prisma, diante das habilidades dos profissionais de enfermagem, será possível idealizar um caminho clínico, pela qual esses profissionais irão acompanhar a evolução das etapas referentes às lesões como também identificar um tratamento adequado, através de técnicas terapêuticas que poderão ser desenvolvidas juntamente com uma equipe multidisciplinar e dessa forma utilizar condutas com a finalidade de cicatrização da ferida sem complicações e restaurações das funções da pele e prevenção das sequelas (ROLIM et al, 2013).

Diante disso, esse estudo parte da seguinte questão norteadora: Como é realizada a assistência de enfermagem em lesões por pressão de acordo com a literatura científica brasileira?

Para responder a esse questionamento, este estudo apresenta o seguinte objetivo: verificar na literatura científica brasileira a assistência de enfermagem em lesões por pressão.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, a fim de conhecer e analisar as contribuições científicas do passado existente sobre um determinado assunto, tema ou

problema. Também descreve todo conteúdo selecionado de suma importância para desenvolver a pesquisa bibliográfica (MANZATO; SANTO, 2012)

A pesquisa descritiva observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos. Procura descobrir com precisão a frequência com que um fenômeno ocorre, em relação à conexão com os outros de sua natureza e características; busca descrever diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e mais aspectos do comportamento humano, procurando registrar dados propriamente dito (SEVERINO, 2017).

Para a coleta de dados, o levantamento bibliográfico foi realizado por meio da Biblioteca Virtual de saúde nas bases de dados LILACS, SCIELO E MEDLINE; e sites como Google Acadêmico. Para realização de busca foram utilizados os seguintes descritores: Assistência de enfermagem; Lesão por pressão, Feridas. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos anos entre 2008 e 2018, textos completos, no idioma português e que atendessem ao objetivo proposto. Os critérios de exclusão foram: artigos em duplicidade, artigos inferior a 2008, não disponível no idioma português.

A após a seleção do material científico, foram encontrados 36 estudos e dentro dessa quantidade foram excluídos 13 estudos, uma vez que não atendiam aos critérios de inclusão.

Diante disso, o estudo apresenta uma amostra de 23 artigos, onde todos obedecem e estão descritos conforme os critérios de inclusão citados acima.

Para a análise dos dados coletados, foi utilizada as fases da pesquisa bibliográfica descritas Gil (2010): A pré-análise, onde foi realizada a organização e leitura do material; a Exploração do material, com codificação das unidades temáticas; e o Tratamento dos resultados, a partir da interpretação e organização dos conteúdos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Com relação aos artigos selecionados para o estudo, o quadro a seguir destaca o Ano de suas publicações, Títulos; Objetivos e Contribuições sobre o tema investigado.

**Quadro 1 – Distribuição dos artigos por ano, título, objetivos e contribuições sobre o tema.**

| <b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b> | <b>TITULO</b>                                                                                   | <b>OBJETIVOS</b>                                                                                                                                                            | <b>CONTRIBUIÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2008</b>              | Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura                | Reunir informações sobre o desenvolvimento e prevenção das úlceras por pressão                                                                                              | Fala sobre a importância da informação e a atualização para os profissionais de enfermagem sobre úlcera por pressão, sua prevenção e tratamento em pacientes acamados, pois somente assim se consegue a excelência no cuidado. |
| <b>2009</b>              | Incidência de úlcera por pressão e as ações de enfermagem                                       | Descrever a ocorrência de ações de enfermagem em dois hospitais do Estado da Bahia,                                                                                         | Propostas de educação permanente implementadas em serviços de saúde requerem articulação com mudanças na estrutura física, nas condutas de trabalho, no gerenciamento de enfermagem e na gestão em saúde,                      |
| <b>2010</b>              | Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão <sup>1</sup> | Analisar o conhecimento dos membros da equipe de enfermagem que atuam na assistência a pacientes adultos e idosos, em um hospital, sobre a prevenção da úlcera por pressão. | O conhecimento dessas escalas e o seu uso devem ser prioridades na formação e programas de educação permanente                                                                                                                 |
| <b>2011</b>              | Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de waterlow         | Objetivou mensurar o risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados                                                                                                 | contribuir com os profissionais de saúde com outras pesquisas, uma vez que proporciona o conhecimento de algumas variáveis de risco para UPP em idosos e, consequentemente, com o planejamento de ações preventivas            |
| <b>2012</b>              | Elaboração e avaliação de conteúdo educacional sobre Úlceras por                                | Elaborar e avaliar um conteúdo educacional sobre úlceras por pressão                                                                                                        | Equipes de enfermagem para o cuidado qualificado de feridas e para a criação de protocolos específicos a partir realidade de cada                                                                                              |

|             | Pressão                                                                                                   |                                                                                                                         | instituição                                                                                                                                                                                    |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2012</b> | Avaliação do treinamento “Prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão” ministrado à equipe de enfermagem | Avaliar a reação e aprendizagem dos participantes do treinamento “Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão          | Consideramos que este estudo auxilia na reflexão de critérios e identificação de variáveis preditoras de resultados das ações educativas desenvolvidas aos profissionais de enfermagem         |
| <b>2012</b> | Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão                                 | Revisar o impacto da utilização de protocolos de prevenção de úlcera por pressão sobre sua incidência e na assistência. | Conclui-se que os protocolos promovem impactos positivos sobre a prevenção das úlceras por pressão e na qualidade de vida das pessoas hospitalizadas                                           |
| <b>2012</b> | Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem                 | Analisar a incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade assistencial no Hospital Coronel                | Pela Educação em Saúde, visando à formação profissional e humana por meio da educação em serviço e a busca pelo conhecimento científico para uma melhoria da qualidade da assistência prestada |
| <b>2012</b> | Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão        | Verificar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão          | Considerando os sete enfermeiros que conheciam as escalas, cinco citaram a Escala de Braden, um a Escala de Norton e um não citou nome algum de instrumento                                    |
| <b>2012</b> | Fatores de risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados                         | Identificar os fatores de risco úlcera por pressão idosos residentes em instituições de longa permanência               | Estudos sobre incidência e prevalência, avaliando condições clínicas e socio-demográficas associadas a UPP, bem como, a análise dos fatores risco relacionados a sua gênese                    |
| <b>2013</b> | O Tratamento de Ferida: Um Artigo de Revisão                                                              | Revisar, frente aos inúmeros produtos disponibilizados no mercado, os efeitos                                           | Conhecimento específicos das coberturas, uma de limpeza da ferida com água boa e solução fisiológica,                                                                                          |

|             |                                                                                              |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                                                                              | dos tratamentos de feridas relatados na literatura no período de 2002 a 2011.                                                              | desbridamento cauteloso e uma prescrição adequada dos produtos                                                                                                                                                                                                      |
| <b>2013</b> | Atuação de enfermeiros de home care na prevenção de úlceras por pressão                      | Analisar a atuação do enfermeiro de Home Care na prevenção de úlceras por pressão em pacientes em tratamento                               | Os profissionais de Enfermagem que atuam com o serviço de Home Care reconhecem as técnicas preventivas para UPP's, sua importância e ao mesmo passo demonstram sua insegurança em não dominarem perfeitamente algumas técnicas de profilaxia para esta enfermidade, |
| <b>2013</b> | Escala utilizada para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos                     | Identificar, na literatura nacional, as escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos e o papel do enfermeiro | Concluir que a escala com maior produtividade e sensibilidade segundo a maioria dos autores foi a de Braden, pois a sua utilização na prática clínica é bastante útil para prever o desenvolvimento de UP ou sua recidiva                                           |
| <b>2014</b> | Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão | Identificar os cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de úlcera por pressão                                             | Estudo identificou os cuidados e as intervenções NIC mais apropriados ao planejamento de medidas preventivas aos pacientes em risco de UP                                                                                                                           |
| <b>2015</b> | Fatores de risco para desenvolver úlceras por pressão segundo a escala de Braden             | Identificar fatores de risco para a formação de UP e analisar as principais características dos pacientes acometidos por tais lesões       | Sendo a equipe de enfermagem a principal responsável pela integridade cutânea do paciente, faz-se necessário o exercício de tais atividades de forma qualificada e bem estruturada                                                                                  |

| <b>2015</b> | Prevenção de úlceras por pressão:<br>avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem | Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre medidas de prevenção de úlceras por pressão em adultos e idosos                        | Importância para o prognóstico, já que a identificação dos pacientes em risco permite a implementação de medidas preventivas precocemente, o que pode reduzir pela metade a incidência das UPS.                                                                 |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2016</b> | Qualidade e segurança do paciente com úlcera por pressão e assistência do enfermeiro           | Avaliar a qualidade do atendimento do paciente com úlcera por pressão e a atuação do profissional enfermeiro                                | Portanto, a necessidade de capacitação e novos conhecimentos dos profissionais de saúde, pois os enfermeiros ao prestarem cuidados diretamente aos pacientes, influenciam na segurança desse paciente e consequentemente, na qualidade da assistência prestada. |
| <b>2017</b> | Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão: estudo descritivo-exploratório  | Descrever cuidados de enfermagem prescritos para pacientes em risco de Lesão por Pressão                                                    | A equipe de enfermagem, assim como a equipe multiprofissional, esteja capacitada para detectar os fatores de risco que desencadeiam o aparecimento das LP                                                                                                       |
| <b>2017</b> | Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem                                                | Identificar atividades de Enfermagem relacionadas às lesões de pele.                                                                        | No entanto, não se pode estagnar, é fundamental planejar ações que descartem ou minimizem as dificuldades encontradas.                                                                                                                                          |
| <b>2017</b> | Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão                   | Descrever e analisar os conhecimentos da equipe de enfermagem acerca da classificação, avaliação e medidas de prevenção úlceras por pressão | O estudo apontam para investimento na capacitação dos profissionais, por parte das instituições hospitalares, por meio de seus Serviços de Educação Continuada.                                                                                                 |

|             |                                                                                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2018</b> | O conhecimento dos enfermeiros sobre o cuidado da lesão por pressão             | Identificar o conhecimento dos enfermeiros, não especialistas em estomaterapia ou dermatologia, acerca das lesões por pressão           | Estudo buscou contribuir também para o fortalecimento da parceria com a instituição em que foi realizada a pesquisa, através do retorno dos resultados e das ações extensionistas implementadas neste cenário, de forma a auxiliar gestores e profissionais de saúde, |
| <b>2018</b> | O enfermeiro frente à prevenção de lesão por pressão: revisão integrativa       | Investigar através da literatura a atuação da enfermeira frente a prevenção de LPP                                                      | Entende-se que é necessário a atuação e implementação precoce das ações e cuidados preventivos relacionados à formação das lesões por pressão                                                                                                                         |
| <b>2018</b> | Escalas preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de lesão por pressão | Caracterizar a partir da revisão de literatura as ferramentas de apoio utilizadas por enfermeiros para a prevenção de lesão por pressão | E que a utilização adequada de escalas como a de Braden podem além de avaliar os riscos, prevenir o desenvolvimento da lesão por pressão, identificando antecipadamente o paciente predisposto ao desenvolvimento                                                     |

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

A literatura descreve que a lesão por pressão é desenvolvida através de isquemia tecidual extensa na pele, afetando a área de proeminência óssea geralmente profunda; ocorrendo devido a qualquer posição do paciente durante um determinado tempo. Vale ressaltar que os pacientes acamados são mais propensos a desenvolver este tipo de lesão por pressão, uma vez que estes ficam mais vulneráveis a negligência na mudança de posição (NUNES, SILVA, OLIVEIRA; 2017).

Goulart et al (2008) reforçam que a lesão por pressão pode ocasionar em todas posições devido ao prolongamento de um paciente acamado; essas áreas comprometidas geralmente estão mantidas nas regiões sacrais, coccígenas, tuberosidades isquiáticas, trocânteres, calcâneo, maléolos, processos acromiais e cristas ilíacas.



Os autores supracitados ainda afirmam que alguns estudos mencionam que 95% das lesões por pressão atingem sobre as proeminências ósseas nos membros inferiores do corpo. No entanto é de suma importância que o profissional enfermeiro assistencial esteja atento à todas essas possibilidades de comprometimento e busque desenvolver estratégias de cuidados para amenizar as incidências dessas lesões; no intuito de promover qualidade de vida para os pacientes acometidos de forma integral.

As lesões por pressão podem ser classificadas em estágios I, II, III, IV, alguns desses graus, como por exemplo, o grau III, acomete totalmente a pele, submergindo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não totalmente completa. A lesão por pressão nesse estágio apresenta-se clinicamente uma cratera intensa com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes; nesta fase é relevante que toda equipe de enfermagem esteja capacitada para ofertar os cuidados suficientes durante o comprometimento do tecido para manter uma boa cicatrização (ANSELMÍ; PEDUZZI; JUNIOR, 2009).

A equipe de enfermagem é a principal responsável pela integridade da pele do cliente, sendo fundamental o conhecimento e a prática para avaliação dos riscos das lesões por pressão por parte desses profissionais. Convém mencionar ainda que a equipe de enfermagem, em sua avaliação, deve priorizar o bem estar físico e emocional do paciente no intuito de conhecer os riscos no desenvolvimento dessas lesões e, a partir daí, promover medidas profiláticas para a manutenção de uma qualidade no atendimento aos pacientes acometidos pelas lesões por pressão (SALGADO et al, 2018).

Para Fernandes et al (2011), a prevenção, o diagnóstico precoce e a implementação de intervenções de enfermagem adequadas ajuda a constituir uma grande parte da filosofia dos cuidados aos pacientes comprometidos com lesões por pressão, principalmente quando é direcionado ao paciente na terceira idade, pois é mais susceptível por apresentar condições mais vulneráveis como: pele frágil, desnutrição, a mobilidade prejudicada e etc.

Para desenvolver uma assistência de qualidade embasada numa implementação eficaz, os profissionais de enfermagem necessitam aplicar algumas escalas que irão favorecer no processo de avaliação dos riscos das lesões, são elas: Norton, Braden, Gosnell e Waterlow (FERNANDES et al, 2011).

De acordo com Souza et al (2012), a assistência de enfermagem é uma função primordial nesta condição clínica do paciente portador de lesão por pressão, uma vez

que trabalha na condição de prevenção e avaliação dos riscos para os mesmos. A equipe de enfermagem busca utilizar medidas profiláticas a fim de prevenir essas lesões, são elas: mudanças de decúbito, avaliação do estado nutricional, massagens para o conforto do paciente com utilização de coxins e colchões, escalas de riscos, exame físico diário dos pacientes, dentre outras.

Ainda para os autores supracitados, é necessário que essas ações de enfermagem contribuam para a melhoria dos pacientes, constituindo assim, os instrumentos importantes para essa qualidade de assistência.

Em relação aos cuidados implementados pelo profissional de enfermagem ao paciente com lesões por pressão, estes são determinantes na prevenção e reabilitação destas lesões através das rotinas do cuidado. Dentre os cuidados podemos citar: avaliação de risco da lesão por pressão, utilização de escalas para detectar o grau de risco, fazer o uso de colchão de poliuretano para pacientes acamados ou cadeirante, realizar mudança de decúbito em cada 2hs estimulando massagens para conforto, proteger as proeminências ósseas com rolos e travesseiros, registrar as alterações de acordo com a classificação, checar as áreas mais propensas para o desenvolvimento das lesões da pele, hidratar a pele utilizando cremes à base de ácidos graxos essenciais, cuidar da incontinência, providenciar suporte nutricional controlar os resultados obtidos na assistência de enfermagem (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2008; COSTA et al, 2015).

Assim, presume-se que a equipe de enfermagem, deve estar constantemente no processo de atualização para adequação de conhecimentos em relação à assistência de enfermagem ao paciente diagnosticado com lesão por pressão. Diante deste contexto, a finalidade é motivar para uma melhoria de qualidade durante o tratamento e prevenção, desenvolvendo uma estratégia individual ao paciente que sofre essas alterações na pele (RODRIGUES et al, 2008; VASQUES; MACEDO, 2013).

Os autores afirmam ainda que a importância da prevenção está relacionada ao controle das morbidades e redução da mortalidade, visto que o custo do tratamento é bem mais alto em comparação com a prevenção. Por este motivo a sistematização das medidas profiláticas é indiscutível e indispensável nesse processo.

Convém mencionar que os profissionais de enfermagem são instrumentos fundamentais para prevenção, essencialmente no intuito de minimizar o tempo de internação de cada cliente acamado. Tais profissionais oferecem cuidados determinantes na prevenção e reabilitação das lesões por pressão através das rotinas

do cuidado, conforme já relatados no processo de construção desta pesquisa (ALMEIDA et al, 2015).

É relevante mencionar que as lesões por pressão estão direcionadas a um problema e depende da assistência prestada pela equipe de enfermagem. Por isso, é importante o envolvimento desta equipe para que possa intervir de maneira adequada a fim de solucionar ou prevenir as lesões por pressão. Para a prevenção das mesmas, esses profissionais devem basear-se no desenvolvimento da identificação dos fatores de risco já apresentados e os cuidados individualizados destes pacientes (MORITA et al, 2017).

Conforme Goulart et al (2008), a prevenção é mais valida que a respostas terapêuticas, visto também que o orçamento é menor e o risco para o cliente é facilmente invalido. Contudo este envolvimento deve incluir uma equipe de enfermagem integrada para alcançar os melhores resultados. O entendimento do conceito sobre as causas e fatores apresentados por parte dos profissionais de saúde são fundamentais e necessários para desenvolver medidas de prevenção e tratamento eficazes de acordo com a necessidade dos pacientes portadores de lesão por pressão.

Convém ressaltar que o enfermeiro na sua qualidade de assistência presta medidas preventivas essenciais para avaliar a condição dos pacientes com lesão por pressão. Um dos instrumentos utilizados para avaliação dos riscos dessas lesões é a escala de Braden, que contém seis parâmetros para esse processo de avaliação, são eles: umidade, atividade, mobilidade, o estado nutricional, fricção e cisalhamento e percepção sensorial; exigindo pontuação entre 1 a 4 com isenção de fricção e cisalhamento, no total dos valores fica entre 6 e 23 (ROCHA et al,2015).

Todas essas medidas necessitam do envolvimento da equipe de enfermagem a fim de adquirir conhecimentos e habilidade para prestar os cuidados de forma eficiente e segura aos pacientes acometidos por essas lesões. No entanto para os pacientes mais susceptíveis é fundamental manter a pratica preventiva e implementar em todos os contextos melhorias na qualidade da assistência de enfermagem (CHAYAMITI et al,2010).

Para Oliveira et al (2017), a enfermagem desempenha um trabalho principal na prevenção das lesões por pressão interagindo no controle dos fatores de risco. Desse modo a avaliação dos clientes de risco e a intervenção de enfermagem pode evitar o comprometimento do estado de saúde e melhora na qualidade de vida dos pacientes; É válido destacar que é por meio das principais ações de enfermagem que se podem

evitar determinados tipos de classificações de lesões por pressão, tais como: posicionamento correto, cuidados integrais com a pele, técnica de higiene adequada, utilização de hidratantes, os colchões para pressão nas proeminências ósseas, incentivo para locomover, ingestão hídrica e nutrição de qualidade entre outros já discriminados nessa temática.

Pott et al (2013) afirmam que além da escala de Braden, para avaliação de risco, existe outra tecnologia para melhorar o tratamento do paciente portador de lesão por pressão. São os algoritmos proporcionados pela equipe de enfermagem seguindo três etapas: avaliação de enfermagem, ações do cuidado, e proposta terapêuticas. A avaliação de enfermagem inclui os cuidados por meio da escala de braden nas primeiras 48hs da internação do paciente, ações do cuidado da enfermagem; percepção sensorial ( avaliar o estado cognitivo), umidade manter a pele limpa e seca, manter a temperatura corporal a 35,5°C a 37°C, atividade física a fim de incentivar a deambular, mobilidade; realizar exercício nos membros superiores e inferiores; avaliação nutricional para encorajar o consumo de alimentos de acordo com a prescrição; observar fricção ou cisalhamento; manter a cabeça elevada a 30°; aplicar coxins sobre proeminência óssea.

Os autores ainda propõem as terapêuticas para cada estágio da lesão, como: Estágio I - higiene com sabão neutro, hidratante. Estágio II - hidratante e irrigação com água destilada ou SF, 09%. Estágio III - Irrigação com água destilada ou SF, 09% das mesma formar estágio IV. As lesões por pressão consistem num grande problema identificável especialmente quando o cliente se expõe pela perda da capacidade funcional, sendo importante para prática clínica e para os cuidados de enfermagem. Por tanto essas complicações desagradáveis e penetrantes, bem como seu tratamento tem custo muito elevados, o que necessita de maiores reflexões a respeito das medidas de prevenções. (ASCARI et al, 2014).

Diante disso, é relevante e necessário que o profissional de enfermagem tenha conhecimentos sobre a fisiologia das lesões por pressão, bem como as medidas adequadas para sua prevenção e tratamento. Além dessas medidas de conforto e terapêuticas, faz-se necessário manter um compromisso em promover uma assistência de qualidade diante do paciente inserido nesse contexto (ROLIM et al, 2013).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo foi possível elaborar um entendimento sobre a assistência de enfermagem em relação às lesões por pressão. O estudo relata a importância dos profissionais de enfermagem nos cuidados em todas as fases das lesões por pressão. Menciona ainda o tratamento adequado e a prevenção no impacto de amenizar os riscos dessas lesões. Através deste estudo científico foi notificado que o reconhecimento dos indivíduos em relação ao risco de desenvolver essas lesões não só depende da assistência clínica do profissional de enfermagem, e sim do uso adequado de instrumentos de avaliação como as escalas, e de medidas preventivas como mudanças de decúbitos e uso de hidratantes, coxins e colchões.

Nesse prisma, é primordial que os profissionais de enfermagem mantenham a estrutura para ofertar seus cuidados de maneira eficiente, colaborando da melhor forma possível para criar estratégias na qualidade da assistência aos portadores dessas lesões por pressão, visando sempre o bem estar desses indivíduos. Espera-se que este estudo possa subsidiar novas investigações acerca da temática em questão a fim contribuir para o conhecimento dos profissionais de enfermagem na assistência aos pacientes que apresentam lesões por pressão.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR ROLIM, Jaiany et al. Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, 2013.

ANDRADE, Elaine Maria Leite Rangel et al. Fatores de risco e ocorrência de úlcera por pressão em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 1, n. 1, 2012.

ANSELMÍ, Maria Luiza et al. Incidência de úlcera por pressão e ações de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 257-264, 2009.

CASABURI, Paula Regina; WESTIN, Úrsula Marcondes; ZEM-MASCARENHAS, Sílvia Helena. Elaboração e avaliação de conteúdo educacional sobre Úlceras por Pressão. **Journal of Health Informatics**, v. 4, 2012.

CÔRTEZ, Selma Márcia dos Santos. O Tratamento de ferida: um artigo de revisão. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 2, n. 1, p. 55-64, 2013.

COSTA, Alessandra Moreira et al. Custos do tratamento de úlceras por pressão em unidade de cuidados prolongados em uma instituição hospitalar de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, v.18, n.1, p.58-74, 2015.

DE ALMEIDA, Rosilene Alves et al. Avaliação da utilização de protocolos na prevenção de úlceras por pressão. **Ciência & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 125-131, 2012.

DE ANDRADE SILVA, Danillo Ricardo et al. Atuação de enfermeiros de Home Care na prevenção de úlceras por pressão. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE**, v. 1, n. 1, p. 21-35, 2013.

FERNANDES, Maria das Graças Melo et al. Risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados: aplicação da escala de Waterlow. **Revista enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 56-60, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES SANTOS, Gabriel Marcos et al. O enfermeiro frente à prevenção de lesão por pressão: revisão integrativa. **Journal of Health Connections**, v. 3, n. 2, 2018.

GOULART, Fernanda Maria et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da literatura. **Rev Objetiva**, v. 4, n. 1, 2008.

MANZATO, Antonio José; SANTOS, Adriana Barbosa. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. **Departamento de Ciência de Computação e Estatística–IBILCE–UNESP**, p. 1-17, 2012.

MINAMI, Ligia Fumiko et al. Avaliação do treinamento “Prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão” ministrado à equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 663-70, 2012.

MITTAG, Barbara Franco et al. Cuidados com Lesão de Pele: Ações da Enfermagem. **Revista Estima**, v. 15, n. 1, 2017.

MIYAZAKI, Margareth Yuri; CALIRI, Maria Helena Larcher; DOS SANTOS, Claudia Benedita. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1203-1211, 2010.

MORAES, Juliano Teixeira et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 2016.

MORITA, Ana Beatriz Pinto da Silva et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca dos instrumentos de avaliação de risco para úlcera por pressão. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba**, n. 02, 2017.

NEVES, Rebecca Costa; SANTOS, Mariana Pinheiro; DOS SANTOS, Carina Oliveira. Escalas utilizadas para prevenir úlceras por pressão em pacientes críticos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, 2013.

OLIVEIRA, Vanessa Cavalcante et al. Intervenções de enfermagem na prevenção de lesões por pressão: estudo descritivo-exploratório. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 3, n. 3, 2017.

PEREIRA, Ana Gabriela Silva et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a NIC para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 454-461, 2014.

ROCHA, Layrianne Emmanuely Silva et al. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2015.

SALGADO, Larissa Paulino et al. escalas preditivas utilizadas por enfermeiros na prevenção de lesão por pressão. *Saber Digital*, v. 11, n. 1, p. 18-35, 2018.

SANDERS, Lídia Samara de Castro; PINTO, Francisco José Maia. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 166-170, 2012.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez editora, 2017.

SIQUEIRA, Vitória de Barros et al. Fatores de risco para desenvolver úlceras por pressão segundo a escala de Braden: o idoso em evidência. **Rev. enferm. UFPI**, v. 4, n. 1, p. 81-88, 2015.

SOARES POTT, Franciele et al. Algoritmo de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2013.

SOUSA, Cleonice Pereira; SELOW, Marcela Lima Cardoso. Qualidade e segurança do paciente com úlcera por pressão e assistência do enfermeiro. **Revista Dom Acadêmico**, v. 1, n. 1, 2017.

VARGAS, Mara Rosane et al. Incidência de úlcera por pressão como indicador de qualidade na assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 339-346, 2012.

## **HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM PRONTO ATENDIMENTO**

### **HUMANIZATION IN URGENCY AND EMERGENCY CARE IN READY**

Adailton Lisboa da Silva Silva Filho<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Jancelice dos Santos Santana<sup>3</sup>

Wesley Dantas de Assis<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

A assistência humanizada na área de urgência e emergência pressupõe-se que o principal papel de emergência é o de uma assistência segura e livre de risco. Diante todos os problemas na humanização que são observados no dia a dia das urgências e emergências, este trabalho teve o objetivo de verificar a produção científica atual acerca da humanização no atendimento de urgência e emergência em pronto atendimento. Trata-se de uma revisão da literatura a partir de artigos científicos que envolvem a temática, publicados no período entre 2009 e 2017. Observa-se que a humanização como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais. Essa discussão se faz necessária para que os enfermeiros possam ampliar os seus conhecimentos em relação a humanização no atendimento de urgência e emergência e diminuir esse desafio imposto pela mecanização e dificuldade

---

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção a Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.



de construção ou implantação de um plano holístico, mostrando a importância dos benefícios nas perspectivas totais da qualidade da assistência.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Humanização; Pronto atendimento.

## **ABSTRACT**

Humanized emergency and emergency care assumes that the primary emergency role is safe and risk-free care. In view of all the humanization problems that are observed in the day to day of emergencies and emergencies, this work had the objective of verifying the current scientific production about the humanization in the emergency and emergency care in ready care and its application in nursing from a literature review and identification of the scientific articles that cover the theme, published between 2004 and 2017. Humanization, as an ethical space, therefore requires the promotion of healthy professional relationships, respect for the different, investment in human subjects' formation that integrate the institutions, besides the recognition of the professional limits. Interest in this theme has arisen so that nurses can expand their knowledge regarding humanization in emergency and emergency care and reduce this challenge imposed by mechanization and difficult to construct or implement a holistic plan, showing the importance of the benefits in the perspectives total.

**Keywords:** Nursing; Humanization; Ready care.

## **1 INTRODUÇÃO**

A humanização é entendida como valor, à medida que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber (MACIAK, 2009).

A unidade de emergência oferece serviços de alta complexidade e diversidade no atendimento a pacientes em situação de risco iminente de vida. No entanto, as tecnologias avançadas utilizadas neste atendimento nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência decisiva de fatores relacionados ao objeto e à força de trabalho neste processo. Na busca pela estabilização das condições vitais do paciente, o atendimento se dá por meio do suporte à vida, exigindo agilidade e objetividade no fazer. Neste sentido, o processo de trabalho molda-se na luta contra o tempo para alcance do equilíbrio vital tido como objetivo do trabalho (PAI; LAUTERT, 2005).

Uma das maiores queixas da população hoje, no setor de atendimento à saúde pública e na rede privada, é a falta de opção para serem atendidas em suas necessidades em intercorrências agudas ou nas crônicas agudizadas, com destaque

para aquelas que não configurariam a típica urgência-emergência (GALLO; MELLO, 2009).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) oferece uma diretriz global que contempla os projetos de caráter humanizador desenvolvidos nas diversas áreas de atendimento hospitalar, estimulando a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade (BRASIL, 2005).

Em meio a tantos avanços tecnológicos e possibilidades de melhoria da assistência hospitalar e de sua humanização, os recursos, todavia, parecem estar mais associados a propostas de investimentos na estrutura física dos prédios, na alta e moderna tecnologia e a outros processos que não, necessariamente, impliquem mudanças na cultura organizacional em prol da humanização do trabalho e do cuidado enquanto expressão da ética. Humanização, como espaço ético, requer, então, o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais (BACKES, 2006).

Em virtude da falta de humanização na assistência voltada a urgência e emergência, surgiu o interesse em realizar essa pesquisa tendo como objetivo geral de conhecer os principais fatores que impedem ou dificultam a prática de humanização. E como objetivo específico estudar as características do trabalho humanizado na enfermagem.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com abordagem exploratória através de uma pesquisa bibliográfica básica. Pesquisa básica consiste na realização de trabalhos teóricos ou experimentais, cuja finalidade principal seja a aquisição de novos conhecimentos sobre os fundamentos de fenômenos e fatos observáveis, sem objetivo particular de aplicação ou utilização, onde consiste em entender, descrever e explicar os fenômenos da natureza (JUNG, 2004).

Já pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação, o estudo qualitativo pode, no entanto, ser

conduzido através de diferentes caminhos (GUERRA, 2006). A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de outras pesquisas e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (SILVA, 2006).

A pesquisa exploratória identifica os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. É o tipo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. Por isso, é o tipo mais complexo e delicado (GIL, 2008). Com relação à pesquisa bibliográfica básica, essa é a busca de resultados a partir de referências publicados, analisando e discutindo as contribuições culturais e científicas. Ela constitui uma excelente técnica para fornecer ao pesquisador a bagagem teórica, de conhecimento, e o treinamento científico que habilitam a produção de trabalhos originais e pertinentes (LIMA, 2007).

Para a realização deste estudo foram selecionados artigos e trabalhos científicos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, BDENF, além e livros disponíveis em bibliotecas do estado da Paraíba. Para selecionar o material foram utilizados os seguintes descritores cruzados entre si pelo o operador booleano “AND” enfermagem; humanização; pronto atendimento. Publicados no período entre 2009 e 2017, que no qual resultou em um universo de 34 artigos, após a leitura dos títulos dos artigos, 4 apresentaram-se repetidos e 21 foram excluídos por não possibilitar responder ao questionamento proposto e não se relacionar com a temática discutida. Para a amostra, 9 artigos foram analisados e elegidos para compor este estudo.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A presente revisão foi realizada baseada na análise de 09 publicações. Dessas, três artigos estavam indexados na LILACS (33,3%) e seis na BDENF (67,7 %). Em relação ao ano de publicação, observa-se que houve uma distribuição irregular entre 2009 e 2016, com destaque para o ano de 2016, com a publicação de 33,3% da amostra.

Quanto a origem das publicações, todas foram realizadas no Brasil e, a maioria dos estudos encontrados, estavam situados na região Nordeste com 44,4% das publicações, seguido da região Centro-oeste e Sul com 22,2% e a região Sudeste com 11,1% das publicações. Para melhor análise dos dados, os artigos foram organizados

através no Quadro 1 com as seguintes variáveis: ano, título, autores, base de dados, métodos e local da pesquisa.

| ANO  | TÍTULO                                                                                                           | AUTORES                | BASE DE DADOS | MÉTODO                                                   | PERIÓDICO                                          | LOCAL DA PESQUISA |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|
| 2009 | Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário                      | Maciak; Sandri e Spier | LILACS        | Estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório | Cogitare enferm.                                   | Curitiba          |
| 2009 | Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante                        | Andrade et al.         | LILACS        | Exploratório descritivo                                  | Revista eletrônica de enfermagem                   | Fortaleza         |
| 2010 | Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática                                                     | Barros; Queiroz e Melo | BDENF         | Qualitativo                                              | Revista de enfermagem da UERJ                      | Mossoró           |
| 2012 | Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de | Santana et al.         | BDENF         | Descritivo exploratório e qualitativa                    | Revista de pesquisa o cuidado é fundamental online | Rio de janeiro    |

|      |                                                                                                             |                                 |        |                                                            |                                                    |                |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
|      | saúde                                                                                                       |                                 |        |                                                            |                                                    |                |
| 2013 | Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros                | Neto et al.                     | BDENF  | Descritivo exploratória e qualitativa                      | Revista de enfermagem da UFSM                      | Santa Catarina |
| 2013 | Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros                 | Cavalcante; Damasceno e Miranda | BDENF  | Exploratório, descritivo e quantitativo                    | Revista Baiana de enfermagem                       | Piauí          |
| 2016 | Percepção de enfermeira (o) s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento | Prudêncio et al.                | BDENF  | Descritivo exploratória e qualitativa                      | Revista Baiana de enfermagem                       | Rio de Janeiro |
| 2016 | Perfil dos usuários atendidos na sala vermelha de uma unidade de pronto atendimento 24H                     | Soares et al.                   | BDENF  | Estudo exploratório -descritivo, de abordagem quantitativa | Revista Enfermagem da UFPE                         | Pernambuco     |
| 2016 | Humanização na atenção ao usuário em uma unidade de pronto atendimento                                      | Pereira                         | LILACS | Relato de experiência                                      | Centro de educação tecnológica e pesquisa em saúde | Porto Alegre   |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 - Distribuição das referências utilizadas na elaboração dos resultados. Cabedelo, PB, Brasil, 2018.**

De acordo com Soares et al (2016), conhecer o perfil dos usuários em atendimento na demanda da sala vermelha é importante, fortalece o trabalho realizado diariamente nas unidades de pronto atendimento e as boas práticas de humanização presente durante o atendimento. É importante reforça que apesar das dificuldades encontradas nas unidades de pronto atendimento em seu dia a dia, às vezes relacionada à falta de apoio e acolhimento ao paciente na atenção básica e de leitos hospitalares, os profissionais tentam da melhor forma possível acolher o paciente e ofertar uma melhor assistência ao indivíduo, cumprindo seu papel profissional.

Segundo Prudêncio et al. (2016), os enfermeiros reconheceram a importância da humanização na classificação de risco no serviço de pronto atendimento, para os profissionais a humanização e a oferta de um bom acolhimento, são mecanismos indispensáveis para favorecer a otimização da assistência aos usuários que apresentam quadros clínicos específicos de urgência e emergência. Entretanto, o estudo evidenciou que uma grande parte dos enfermeiros encontravam dificuldades para desenvolver seu trabalho no referido local, alegando tratar-se de uma atividade estressante, cansativa e reafirmam que apesar das dificuldades encontradas, os serviços devem receber aos usuários de forma humanizada e acolhedora, sem se abstrair da oferta de um atendimento de qualidade também a ressaltam a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde.

Para Neto et al. (2013), os profissionais compreendem os conceitos de acolhimento e humanização, porém, afirmam que a prática de humanização depende exclusivamente da forma como cada profissional de saúde os aplicam, o que torna essa pratica uma subjetividade que envolve o cotidiano profissional. A construção da humanização se dá também quando ocorre interação com base no diálogo entre o profissional e o cliente, a escuta deve ser colocada como um ponto importante, fazendo parte do processo de comunicação, o enfermeiro deve estar disposto a conversar e dialogar, ouvir o paciente e permitir que ele apresente as suas necessidades de saúde e queixas. O enfermeiro é considerado um importante profissional de saúde e, portanto, um potencial utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada nas unidades de pronto atendimento.

De acordo com Cavalcante; Damasceno e Miranda (2013), a humanização busca resgatar um atendimento distinto, focado na dignidade das pessoas em situações que envolvam cuidado ou atenção, propondo ações que qualificam a prestação de saúde. Essas ações humanizadas, enquanto conjunto de valores humanos e éticos, abrirão novos horizontes e novas possibilidades para alcançar a qualidade e credibilidade nos serviços de saúde, a humanização como processo nas instituições de saúde surge para que o profissional possa repensar sobre as práticas diárias de trabalho, dando um novo sentido para o atendimento, porém, infelizmente ainda se faz ausente no cotidiano do setor e na vida de alguns profissionais de saúde.

No estudo desenvolvido Santana et al (2012), afirma-se que as ações de cuidados passam a ser éticas a partir do momento que envolve relações interpessoais, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade e suas escolhas. A partir das falhas encontradas no sistema, seria necessário uma visão mais ampliada para a reflexão sobre todo o contexto humanitário e ético. A educação continuada, dentro das unidades de pronto atendimento deveria ser adotada com mais frequência, como uma ferramenta indispensável, evitando transtornos causados pela falta de capacitação técnica e humana. O agir ético se relaciona à uma reflexão crítica, que todo profissional da área da saúde deve realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores e melhorando seu lado humano para agir no sentido da humanização.

De acordo com Maciak; Sandri e Spier (2009), foi possível observar que os usuários e familiares, mesmo acomodados em maca e cadeira expostas no corredor por falta de leitos na instituição e na rede assistencial, sentem-se bem atendidos pelo profissional de enfermagem, quanto a isto, a qualidade da assistência, na percepção do usuário, está mais associada à humanização do cuidado e atitudes dos profissionais de saúde nas unidades de pronto atendimento. A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de Saúde. Para que a humanização da assistência hospitalar aconteça, precisa-se transitar por várias instâncias, trocar velhos paradigmas por novos hábitos e buscar na participação democrática várias soluções que sejam úteis para cada realidade singular.

No estudo realizado por Andrade et al (2009), muitas questões acerca da humanização no atendimento às pessoas que procuram os serviços de emergência no

pronto atendimento têm sido abordadas pelos próprios usuários. Hospital humanizado é aquele em que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço desta, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. É visível a falta de humanização no que se refere à conduta profissional e paciente, ainda segundo os autores, os profissionais de saúde se colocam de forma autoritária diante dos pacientes e acompanhantes, tratam-nos com ignorância, além disso muitos pacientes ficam à espera de atendimento. Inegavelmente a relação boa conduta profissional, com qualificação técnico e científica e interesse são fatores indispensáveis para o atendimento em unidade de emergência. Pode-se afirmar que há recursos financeiros e materiais suficientes para um atendimento de qualidade, porém inexistem profissionais adequadamente qualificados e isto ocasiona um atendimento desumanizado.

A educação permanente em saúde para profissionais de saúde é um dos instrumentos de transformação, constituindo um espaço de conhecimento construído e permutado entre os enfermeiros, abrindo os caminhos para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde. No estudo realizado por Barros; Queiroz e Melo (2010), evidenciou que o cuidado humanizado ainda é falho ou inexistente, por alguns entraves identificadas: ambientes de trabalho precários, falta de insumos, déficit de recursos humanos, superlotação de pacientes, ausência de responsabilidade pelo cliente e os baixos salários que predispõem o trabalhador de enfermagem a buscar mais uma escala ou outro vínculo empregatício. Isto torna-se desgastante, comprometendo a saúde do profissional e a qualidade assistencial, completando um ciclo vicioso, levando o profissional e o usuário à insatisfação.

Para Pereira (2016), humanizar é se colocar no lugar do paciente e enxergar como um todo, entender que estar com todo o equipamento necessário para sua sobrevivência não é o suficiente. Ele está em um local desconhecido, estranho, pessoas que ele não conhece estão cuidando dele, gerando um desconforto como a perda da autonomia e pode perder sua intimidade dependendo do grau da sua enfermidade e com a dor. Para que a humanização se efetive na prática, é necessário que haja trabalho em equipe, valorizando a inclusão de todos os sujeitos protagonistas dos cenários de saúde. Para tanto, já no processo de formação dos profissionais, todos os integrantes devem vivenciar espaços que propiciem o aprendizado e os desafios de atuarem em equipe



O Quadro 2 apresenta as principais dificuldades apresentadas no atendimento humanizado conforme a literatura selecionada para o estudo.

| <b>Principais dificuldades apresentadas no atendimento humanizado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Baixas remunerações<br>Estruturas físicas inadequadas<br>Falta de sequência do cuidar e conscientização da equipe sobre sua função<br>Dimensionamento humano desproporcional em relação ao fluxo de pacientes<br>Condições impróprias de trabalho<br>Falta de medicação e de médicos<br>Conhecimento deficiente da equipe e conhecimento insuficiente da equipe sobre a SAE<br>Pouca valorização da profissão<br>Falta de insumos<br>Longas jornadas de trabalho |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 2- Principais dificuldades apresentadas no atendimento humanizado conforme a literatura.**

A conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância de valorizar a figura humana do paciente colabora para que sua ansiedade seja diminuída e se obtenha qualidade no atendimento ofertado. Entende-se que muitos são os desafios e dificuldades que podem ser encontradas durante o atendimento nas unidades de urgência e emergência. Destaca-se que há uma certa dificuldade da parte dos profissionais de saúde para atuar na política de humanização, o que gera uma certa desmotivação, uma vez que o processo de humanização no trabalho da enfermagem é uma questão importante que deve ser refletida, pois a maioria dos profissionais enfrenta situações difíceis em seu ambiente de trabalho, tais como baixas remunerações, estrutura física inadequada, dimensionamento humano desproporcional em relação ao fluxo de pacientes, pouca valorização da profissão, materiais insuficientes para trabalhar, extensa carga horário de trabalho, são descasos frente aos problemas identificados pela equipe, especialmente quanto ao distanciamento entre o trabalho prescritivo, o preestabelecido institucionalmente e aquele realmente executado junto ao paciente.

Humanizar o atendimento é fundamental e humanizar a formação dos profissionais da saúde também é essencial, para que passam estar conscientes que na rotina do dia-a-dia deve ser encarada com tranquilidade e responsabilidades com o ser humano, e que a agilidades faz parte desse cotidiano, e cada vez mais devemos nos dedicar e ser profissionais, participar de eventos que nos atualizarão na área da humanização. Fica evidente que há possibilidades de implantação de um processo assistencial humanizado nas unidades de urgência e emergência, mesmo que seja em

longo prazo e desde que este tema seja abordado na prática e não somente na literatura.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização da pesquisa evidenciou que os profissionais de saúde entendem os conceitos ampliados de humanização e acolhimento, percebendo a primeira mão que não é apenas tratar o indivíduo que procura por atendimento bem, e sim um conjunto de vários aspectos. Pode perceber que os profissionais de saúde, não estão totalmente limitados apenas em receber bem os pacientes, mas sim em ofertar a garantia de uma assistência de qualidade, completa, resolutive e com continuidade. A prática dos mesmos depende da forma como cada profissional os aplica, tornando essa atividade uma subjetividade que envolve o cotidiano profissional.

Nas unidades de emergência o enfermeiro tem atuado profissionalmente de acordo com a demanda do serviço que é ali ofertado, e o processo tecnológico contribui e auxilia na eficiência no atendimento emergencial, porem a forma de gerenciar a assistência de enfermagem nestes setores acabam afastando os profissionais de enfermagem do seu verdadeiro propósito, que é garantir e ofertar o apoio humanizado ao paciente, em razão de que nas unidades de urgência e emergência as atividades muitas vezes são desenvolvidas de forma não sistematizada, o que acaba interferindo na interpretação das reais necessidades do paciente, embutida na urgência que ele realmente necessita.

A qualificação dos profissionais de enfermagem constitui um fator de grande importância para aplicação do cuidado humanizado nos serviços de urgência e emergência, a falta de incentivo e qualificação, por parte dos gestores ou até mesmos pelos próprios profissionais de enfermagem, ocasiona algumas deficiências na oferta do cuidado humanizado. Observam-se como estratégias a conscientização do ponto de vista ético e moral de todos os agentes envolvidos no processo de promoção da saúde, inclusive o paciente, através da avaliação da assistência recebida na emergência, isso inclui a capacitação coletiva de todos os profissionais, e seus gestores, baseado em estudos contínuos, a partir da sua formação profissional até a atuação na emergência.

Pode-se concluir que o cuidador também precisa ser cuidado, pois do contrário ele não irá ofertar uma assistência pautada no cuidado humanizado. Os enfermeiros são considerados como importante profissional de saúde e, portanto um potencial

utilizador e implementador da prática do acolhimento de forma humanizada, porém, muitas são as dificuldades para humanizar a assistência hospitalar em atendimento de urgência, não apenas pelo excesso de trabalho e a falta de profissionais, mas em razão de fatores como as condições estruturais e organizacionais que muitas vezes são inadequadas para desenvolver suas atividades, a falta de compromisso com o resultado do trabalho, pois muitos profissionais queixam-se de salários baixos e cobram por melhores condições de trabalho no setor, essas e outras condições tornam a humanização defasada e ainda bem distante do que se espera na realidade dos serviços de saúde e nos serviços de urgência e emergência.

Com relação às limitações relacionadas ao estudo, percebe-se que existe uma certa carência de trabalhos relacionados a temática, evidenciado pelo pouco número de trabalhos e pesquisas encontrados realizados pela enfermagem na área de urgência e emergência que possam abordar as questões de humanização durante o atendimento. Assim, sugere-se a produção de novas pesquisas relacionadas a temática devem ser estimuladas, encorajadas e desenvolvidas nesta temática, tornando-se importante para o desenvolvimento de ações que contemplem o paciente e amplie a importância da humanização durante o atendimento nos serviços de urgência e emergência.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luciene Miranda de; et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, V.11, n.5. 2009.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR COMO EXPRESSÃO DA ÉTICA. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.132-135, fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Qualisus - Política de qualificação da atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. São Paulo: MS, 2005.

CAVALCANTE, Andreia Karla de Carvalho Barbosa; DAMASCENO, Clareane Assunção Fortes; MIRANDA, Maria Dalila Santana de. Humanização da assistência em atendimento de urgência hospitalar: percepção dos enfermeiros. **Rev. baiana enferm**, Bahia, v.27, n.3. Março. 2013.

BARROS, Sâmara Dalliana de Oliveira Lopes; QUEIROZ, Johny Carlos de; MELO, Raimunda Maria de. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam está pratica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, out/dez. 2010.

GALLO, Adriana Martins; MELLO, Hellen Caroline de. ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. **Revista Fpciência**, Apucarana, v. 5, n. 1, p.1-11, nov. 2009.

GUERRA. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo**. São João do Estoril: Princípia, 2006.

JUNG, C. F. **Metodologia Científica**: ênfase em Pesquisa Tecnológica. 2004. Disponível: <<http://www.geologia.ufpr.br/graduacao/metodologia/metodologia/jung.pdf>>. Acesso em: 20 de outubro 2018.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katál**, Florianópolis, v. 5, n. 8, p.37-45, fev. 2007.

MACIAK, Inês; SANDRI, Juliana Vieira de Araujo; SPIER, Fernanda Drech. Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: percepção do usuário. **Cogitare Enfermagem**, Cascavel, v. 14, n. 1, p.127-135, mar. 2009.

NETO, Alcides Viana de Lima; et al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev. enferm. UFSM, Santa Catarina**, v.3, n.2. Maio. 2013.

PAI, Daiane dal; LAUTERT, Liana. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 58, n. 2, p.231-234, mar. 2005.

PEREIRA, Leonardo Araujo. **Humanização na atenção ao usuário em uma unidade de pronto atendimento**. Tese (especialização em enfermagem) - Centro de educação tecnológica e pesquisa em saúde. 2016.

PRUDÊNCIO, Celine Pinheiro Gordo; MONTEIRO, Rosilene Azeredo do Nascimento; RIBEIRO, Bruna Cristina Martins; GOMES, Mireli Silotti Mastelo; MANHÃES, Letycia Sardinha Peixoto. Percepção de enfermeira (o) s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Rev. baiana enferm**, Bahia, v. 30, n. 2. Fevereiro. 2016.

SANTANA, Júlio César Batista; et al. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. pesqui. cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v.4, n.4.out.-dez. 2012.

SILVA, Cervo. **Metodologia Científica**. São Paulo: Plarson, 2006.

SOARES, Tânia Catarina Sobral et al. Perfil dos usuários atendidos na sala vermelha de uma unidade de pronto atendimento 24H. **Rev. baiana enferm**, Bahia, v.12, n.11. Outubro. 2016.

**ANÁLISE DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INDÍGENAS  
POTIGUARA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**ANALYSIS OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF POTIGUARA ELDERLY  
INDIGENOUS PEOPLE: BIBLIOGRAPHICAL REVIEW**

Ana Cláudia Vieira da Silva <sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Maria das Graça Lucena<sup>3</sup>

Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>

**RESUMO**

A saúde da população indígena brasileira é uma importante questão que vem sendo debatida desde a década de 1980 em virtude das demandas do movimento no país pela Reforma Sanitária. Este estudo tem como objetivo verificar como se configura na literatura científica a situação de vida, saúde e doença dos idosos indígenas Potiguara e as práticas adotadas pelas instituições de saúde pública com relação a atenção e cuidados a saúde desses idosos nesta comunidade. Trata-se de um estudo com abordagem metodológica de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva a partir de uma pesquisa bibliográfica. Observa-se no estudo a realidade social da população indígena estudada levantando em consideração índices elevados com relação ao baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e suas consequências para a manifestação e alto índice de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), alcoolismo, doenças crônicas, dentre outras. Tais achados apontam para a necessidade de adoção de propostas voltadas para a melhoria das condições de saúde dessa comunidade. A Equipe Multiprofissional em Saúde Indígena (EMSI), em especial o profissional de

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior da Paraíba. Email: [anaindia105@gmail.com](mailto:anaindia105@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção a Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

enfermagem, deve promover a integração entre o sistema local de saúde e a sabedoria indígena, de modo que, mediante abordagens culturais, possibilite compreender o universo cultural dos índios potiguaras, suas práticas relacionadas a saúde e a doenças, tornando as intervenções de controle mais eficazes.

**Palavras-chave:** Saúde indígena potiguará. Idoso. Cultura indígena.

## **ABSTRACT**

The health of the Brazilian indigenous population is an important issue that has been debated since the 1980s due to the demands of the movement in the country for Health Reform. This study aim to verify how the life, health and illness situation of the elderly indigeno Potiguara and the practices adopted by the public health institutions regarding the care and health care of these elderly people in this community are configured in the scientific literature. This is a study with methodological approach of qualitative, exploratory and descriptive research based on a bibliographical research. We observed in the study the social reality of the indigenous population studied, considering high levels of low socioeconomic status, cultural aspects and their consequences for the manifestation and high rate of sexually transmitted diseases (STDs), alcoholism, chronic diseases, among others. These findings point to the need to adopt proposals aimed at improving the health conditions of this community. The Multiprofessional Team on Indigenous Health (EMSI), especially nursing, should promote integration between the local health system and indigenous wisdom, so that, through cultural approaches, it is possible to understand the cultural universe of the indigenous people of Potiguaras, their practices related to health and diseases, thus making the control interventions more effective.

**Key-words:** Potiguara indigenous health. Old man. Indigenous culture.

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde da população indígena brasileira é uma importante questão que vem sendo debatida desde a década de 1980 em virtude das demandas do movimento no país pela Reforma Sanitária. A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários reafirma a Declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Enfatiza, ainda que a saúde é um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, considerando questões de ordem socioeconômico e cultural que estão ligadas diretamente sobre o estado de saúde e doença da população (ALMA-ATA, 1978).

Em referência aos idosos indígena, estas declarações se aplicam as atuais condições de vida desta população, pois questões relacionadas a sua saúde estão

sendo conectadas a contextos culturais específicos, haja vista a necessidade de compreender a forma de concepção e representação da saúde e doença dessas populações. A situação de saúde da população indígena no Brasil apresenta condições distintas com a ocorrência de transformações decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, históricos e ambientais vinculados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas da população, em diversas regiões do país (COIMBRA, 2003; SANTOS; ESCOBAR).

O estudo destas transformações é de grande relevância para o conhecimento dos determinantes do processo saúde e doença nestas comunidades. Entretanto, existem limitações e dificuldades para o desenvolvimento destes estudos em virtude de informações precárias, na maioria das vezes, indisponíveis para diagnóstico e avaliação da situação de saúde das comunidades indígenas (DSEI, 2006).

No caso em especial dos índios Potiguara que vivem na Paraíba, estes apresentam condições de saúde semelhantes, com peculiaridades e mudanças dos demais povos indígenas com alterações no seu perfil epidemiológico e demográfico. No tocante as doenças e agravos presentes na população Potiguara, cita-se dentre as doenças infecciosas e parasitárias existentes: a tuberculose, a hanseníase, as hepatites virais, a esquistossomose, a amebíase, e as doenças diarreicas agudas. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) também é um agravo ameaçador. Há um crescente número de indígenas contaminados pelo HIV – envolvendo homens, mulheres e idosos, aldeados ou não. A existência deste agravo na etnia Potiguara se deve principalmente: ao movimento turístico constante nas aldeias, a presença de núcleos pesqueiros nos municípios próximos as aldeias e a migração dos indígenas para centros urbanos (FUNASA, 2007).

Em relação as doenças crônicas não transmissíveis se observa: a obesidade, a hipertensão arterial e o diabetes. Quanto aos agravos, verificam-se o uso do álcool e das drogas principalmente entre os jovens, casos de depressão e epilepsia, em uso contínuo de medicação psicotrópico. Para discutir a situação de saúde dos idosos indígenas Potiguara, e preciso ir além dos fatores epidemiológicos determinantes, pois é preciso estar atento também à diversidade social existente e aos fatores culturais e ambientais que estão influenciando suas condições de saúde (DSEI, 2006).

A partir da década de 1990, a população indígena vem fazendo reivindicações constantes e sistemáticas ao governo e a sociedade nacional, dado o agravamento progressivo de suas condições de saúde, as quais são caracterizadas por altos índices

de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde. Essas reivindicações tem como pano de fundo uma situação socioeconômica precária, a indefinição territorial e as relações Interétnicas conflitantes que comprometem diretamente a integridade física e cultural dos povos indígenas (BITTENCOURT et al, 2005).

Atualmente, a população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 538 mil pessoas, pertencentes a 210 povos, com mais de 170 línguas identificadas. Estão presentes em todos os Estados brasileiros, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária, e ocupam 12% do território nacional. Uma pequena parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias (SANTOS; COIMBRA, 2003).

Para a reestruturação da Atenção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria de nº 254, de 31 de janeiro de 2002, a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”. O objetivo é assegurar aos povos indígenas o acesso a atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais princípios contemplam a diversidade social, cultural, geográfica, histórica política, de modo a beneficiar a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior relevância e qualidade entre os brasileiros, certificando a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (LUCIANO-BANIWA GS, 2006).

Diante do exposto, o presente estudo parte da seguinte questão norteadora: Como se configura na literatura científica a situação de vida, saúde e doença dos idosos indígenas Potiguara e as práticas adotadas pelas instituições de saúde pública com relação à atenção e cuidados à saúde desses idosos?

Mediante tais considerações, a relevância deste estudo centra-se no contexto sociocultural e científico como produção de conhecimento, visando oferecer informações aos profissionais de saúde, e principalmente aos enfermeiros para o fortalecimento e a avaliação das ações voltadas para a promoção da saúde dos idosos Potiguara, o que colabora no planejamento de estratégias de intervenção para a melhoria das condições de vida e saúde dessa população. Assim, este estudo objetiva identificar o que a literatura aborda sobre a saúde da população idosa indígena potiguara e quais os planos de cuidados utilizados na atenção à saúde dos idosos nesta comunidade, enfatizando os comportamentos em saúde, morbidades existentes, condições de saneamento e uso de medicamentos.



## 2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para obtenção do estudo foi realizado uma pesquisa com abordagem metodológica a pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva a partir de uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa básica objetiva gerar conhecimentos novos, úteis para o avanço da Ciência, sem aplicação prática prevista, envolve verdades e interesses universais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Já as descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002).

Ainda conforme o autor, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a uma análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvida quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Para a realização deste estudo foram selecionados artigos e trabalhos científicos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Para selecionar o material foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Serviços de Saúde do Indígena; Idoso; Cultura Indígena; Potiguara.

Os critérios para a seleção da amostra foram: que o estudo aborde, no título ou no resumo a temática investigada; que a publicação esteja no intervalo entre 2012 a 2018; que o estudo esteja disponível na íntegra e no idioma português. A pesquisa foi realizada durante o segundo semestre de 2018.

Para organização das informações contidas nas publicações encontradas foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, contendo a referência do estudo,

objetivos, resultados principais, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor.

Com o cruzamento das palavras chave obteve-se 15 estudos, com a implementação dos critérios de inclusão, restaram 10, com a retirada dos duplicados, foram selecionados 6 documentos considerados relevantes para a pesquisa a partir da leitura do título e do resumo, obtendo-se a amostra de 4 artigos científicos e 2 dissertações de mestrado. Em complemento ao processo automatizado, foi realizada ainda uma busca manual na lista de referências dos estudos primários, chamada de Snowballing, incluindo a análise de referências bibliográficas de estudos selecionados e indicados por especialistas.

Para análise dos dados coletados, este estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação “visando a obter [...] indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 2009, p.10). A técnica de análise de conteúdo é composta por três etapas: 1) a pré-análise, onde é realizada a organização e leitura flutuante do material; 2) a exploração do material, com codificação das unidades de registro; e 3) o tratamento dos resultados, interpretação e categorização dos conteúdos.

Desta forma, para alcançar os objetivos propostos, os conteúdos temáticos encontrados nos trabalhos foram classificados nas seguintes categorias:

- Aspectos sociais, econômicos e culturais da saúde e qualidade de vida dos idosos indígenas potiguaras;
- Cuidados de enfermagem na atenção à saúde dos idosos indígenas potiguaras.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na presente revisão de literatura foram encontrados 6 estudos que atendiam os critérios de inclusão e respondiam a questão norteadora. Após a leitura do material selecionado para o estudo, com relação a saúde da população idosa indígena potiguara, buscou-se identificar os cuidados utilizados na atenção à saúde dos idosos nesta comunidade, enfatizando os comportamentos em saúde, morbidades existentes, condições de saneamento e uso de medicamentos. No Quadro 1 foram apresentadas

as características dos artigos da amostra quanto a referência, base de dados, tipo de estudo e objetivo principal, seguindo o pressuposto do instrumento de coleta.

| Nº | Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Base de dados    | Tipo de Pesquisa/ Abordagem                     | Objetivo                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A1 | OLIVEIRA, Rita de Cassia Cordeiro de. <b>Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara</b> . 2012. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.                                 | BVS              | Exploratoria e Documental / quanti-qualitativa  | Averiguar a situação de vida, saúde e doença na concepção dos índios Potiguara, salientando as representações sociais interfaceadas aos aspectos epidemiológicos.                                                                |
| A2 | MARTINS, Juliana Cláudia Leal. <b>O trabalho do enfermeiro na saúde indígena: desenvolvendo competências para atuação no contexto intercultural</b> . 2017. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. | Google Acadêmico | Descritivo / qualitativo do tipo estudo de caso | Analisar a vivência do trabalho de saúde dentro do território indígena como um espaço potencial de aprendizagem para que o enfermeiro qualifique á sua prática profissional voltada para a atuação neste contexto intercultural. |
| A3 | BORGHI, Ana Carla et al. Singularidades culturais: o acesso do idoso indígena aos serviços públicos de saúde. <b>Revista da Escola de Enfermagem da Usp</b> , Maringá, Pr, v. 49, n. 4, p.589-595, 03 nov. 2014.                                                                              | Google Acadêmico | Descritivo e Etnográficos / qualitativa         | Descrever como os idosos Kaingang e seus principais cuidadores experimentam o acesso aos serviços de saúde pública.                                                                                                              |
| A4 | LIMA, Déborah Mota de. <b>Subsistema de atenção à saúde indígena: Direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada</b> .: um estudo de caso sobre a gestão da política de atenção à saúde indígena no território                                                                           | Google Acadêmico | Descritiva e analítica / qualitativa            | Avaliar os limites e possibilidades de atuação a SESAI, no âmbito o Território Potiguara da Paraíba, institucionalizado pelo DSEI Potiguara.                                                                                     |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |                                         |                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | do dsei potiguara.. 2014. 56 f. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.                                                                                                                                                                                                            |     |                                         |                                                                                                                                                                                      |
| A5 | RISSARDOI, Leidyani Karina et al. Práticas de cuidado ao idoso indígena - atuação dos profissionais de saúde. <b>Reben: Revista brasileira de enfermagem</b> , Maringá, Pr, v. 67, n. 6, p.919-928, 10 out. 2014.                                                                              | BVS | Descritivo e Etnográficos / qualitativa | Compreender as práticas de cuidado dos profissionais de saúde que assistem os idosos Kaingang.                                                                                       |
| A6 | RODRIGUES, Giovana Alessandra Segunda Cogo; TERRA, Maria Fernanda. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico. <b>Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo</b> , [s.l.], v. 63, n. 2, p.100-105, 7 ago. 2018. | BVS | Bibliográfica e Exploratória            | Identificar as ações de enfermagem na assistência à população indígena, e sinalizar a importância do enfermeiro nas práticas de saúde coletiva direcionadas às populações indígenas. |

Quadro 1 – Características dos estudos incluídos na amostra da revisão de literatura.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na Categoria temática Aspectos sociais, econômicos e culturais da saúde e qualidade de vida dos idosos indígenas potiguaras, os estudos destacam que atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena brasileira é de aproximadamente 700.000 índios. A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) trabalham com dados ainda menores: pouco mais de 370.000 índios, pertencentes à cerca de 291 etnias, com aproximadamente 180 línguas identificadas. Essa diferença nos dados entre o IBGE, FUNAI e FUNASA, ocorre em função de diferentes métodos utilizados para a obtenção de dados. O IBGE utiliza método de auto definição para chegar aos seus números, o que parece ser mais confiável (LUCIANO-BANIWA, 2006; IBGE, 2006).

Por sua vez, a FUNAI e a FUNASA trabalham apenas com as populações indígena reconhecidas e registradas por elas. Não contabilizam os índios que atualmente reside nas cidades ou em terras ainda não demarcadas e ou reconhecidas,

mas que nem por isso deixam de serem índios. A FUNASA trabalha com os dados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI), considerando apenas os índios aldeados e cadastrados neste Sistema. Para a reestruturação da Atenção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria de nº. 254, de 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a qual integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que reconhecem aos Povos indígenas, suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. A implementação da PNASPI requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania no campo da saúde (BRASIL, 2002).

O objetivo desta Política é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a beneficiar a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior relevância e qualidade entre os brasileiros, certificando a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2006a ).

A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enquanto componente do SUS. Considerado como Subsistema do SUS deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Deve ainda atender de forma obrigatória considerando a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo adotado para a atenção à saúde indígena. Deve estar pautada numa abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos assistenciais à saúde, saneamento básico, habitação, nutrição, meio ambiente, demarcação de terras, integração institucional e educação sanitária (BRASIL, 2002).

A prestação dos serviços de saúde nos Pólos-Base deve ser preferencialmente a partir do atendimento feito pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) nos postos de saúde instalados nas aldeias e por meio de visitas domiciliares juntamente com os demais membros da Equipe Multidisciplinar.

Segundo Athias e Machado (2001, p.427), a noção de Distrito Sanitário Especial Indígena deve:

[...] está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local.

Com o objetivo de acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito das comunidades indígenas, a FUNASA implantou no ano 2000 o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) na perspectiva de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2002).

Dê acordo com o ministério da saúde (2005), O SIASI é um sistema modular de implantação gradual que visa interligar os 300 Pólos-Base de assistência, os 34 DSEIs, as sedes estaduais a nacional da FUNASA e as sedes de todas as entidades parceiras e conveniadas da FUNASA, disponibilizando uma mesma base de dados e permitindo a sua alimentação. Além do SIASI, a FUNASA possui outros sistemas para atender diretamente às necessidades da Saúde Indígena, o Sistema de Prestação de Contas (SISCON), o Sistema de Gerenciamento de Prestação de Contas (GPC) e o Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (SISABI).

No entanto, observa-se na prática de trabalho na sede do DSEI Potiguara e nos 03 Pólos-Base, que o SIASI apresenta fragilidades quanto ao registro e lançamento das informações produzidas no atendimento ao índio. O SIASI não tem uma relação com os demais sistemas de informação em uso no país, em especial o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP). Tais informações são necessárias para assinalar demograficamente e epidemiologicamente esta comunidade, como também apontar características e qualidades peculiares sobre a sua trajetória histórica ao longo do processo de sua interação com a sociedade (COIMBRA JR.; SANTOS 2000).

O Controle Social na saúde indígena começou paralelamente ao movimento da Reforma Sanitária em 1986, com reivindicações constantes e sistemáticas dos indígenas ao governo e a sociedade nacional devido ao agravamento progressivo das condições de saúde deste povo, caracterizado por altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde (BITTENCOURT et al, 2005).

Estas reivindicações estavam também atreladas a problemas diversos de tensão social, como a expansão de frentes econômicas, a indefinição territorial e as relações

interétnicas conflitantes, que comprometiam diretamente a integridade física e etnocultural dos povos indígenas. A partir destas demandas e, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), de 27 a 29 de novembro de 1986, em Brasília/DF. Foi a primeira vez, que o Estado reuniu representantes de várias populações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuam em apoio à causa indígena, para discutir propostas de Diretrizes relativas à saúde do índio (BRASIL, 2006).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (CNSPI) consolidou o processo político deflagrado na 1ª conferência, com definição dos princípios e diretrizes do modelo de atenção diferenciado para a saúde do índio, que determinou a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao SUS. Esta conferência teve sua convocação decidida pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, quando o movimento indigenista elegeu seus representantes que, trabalhando em diferentes grupos, conseguiram a aprovação desejada (BRASIL, 2006).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) realizada em 2001 teve como finalidade analisar os obstáculos e avanços do SUS na implantação dos DSEIs e propor diretrizes para a sua efetivação. Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9ª CNS, que a precedeu: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com Controle Social”. O grande avanço desta Conferência foi a participação ativa dos indígenas especialmente os profissionais de saúde. O Relatório Final apresentou como princípios gerais que cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e as ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

A 4ª conferência nacional de saúde indígena (CNSI) teve por finalidade avaliar a situação de saúde dos DSEIs e o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS e propor diretrizes e ações para promover a saúde dos povos indígenas através do Controle Social. Teve como eixos temáticos: o direito a saúde, controle social e gestão participativa, desafios indígenas atuais, trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde, segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

No Estado da Paraíba a população indígena potiguara e a única comunidade indígena reconhecida nesse Estado, sendo uma das maiores do Brasil e a maior do Nordeste etnográfico. Sua população é de 13.790 índios, dos quais 2.061 são

desalheados, residindo em outras cidades do Estado. Os demais aldeados estão distribuídos em 29 aldeias nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto (PALITOT, 2005; DSEI, 2008).

Os índios potiguaras são referidos no litoral do Estado desde 1501 e suas condições de saúde estão estritamente relacionadas com os diversos impactos causados pela interação com a sociedade, a qual vem, desde a chegada dos colonizadores europeus no século XVI, com alterações no seu perfil epidemiológico e demográfico, tais como a ruptura com o passado e suas tradições, miscigenação étnica intensa e adaptação agressiva a novos meios socioeconômicos e ambientais ratifica essa questão quando diz que as matrizes culturais mais antigas certamente sofreram o impacto da colonização, tendo sido impostas por novos modos de viver e de conhecer o mundo (PALITOT, 2005; MOTA, 2003).

A assistência à saúde da população potiguara é feita pelo DSEI potiguara, localizado em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, e distante das terras indígenas cerca de 90 quilômetros. Dispõe de três Polos Base, situados nos municípios acima citados, os quais são responsáveis pela administração local dos serviços de atenção básica das 29 aldeias existentes. Atualmente, os potiguaras sobrevivem da agricultura, pesca, artesanato e outros meios, enfrentando situações distintas de tensão social, vulnerabilidade, perda da identidade e da autoestima. A expansão das frentes econômicas (extrativismo e trabalho assalariado temporário) vem ameaçando além da preservação cultural a integridade do ambiente nos seus territórios. O fato de a comunidade potiguara localizar-se em zona litorânea favorece o surgimento do turismo acentuado e desordenado, trazendo como consequência as mudanças de hábitos e de costumes, associadas ao surgimento de doenças como as doenças sexualmente transmissíveis (DST's)/aids e a tuberculose (PALITOT, 2005).

No que diz respeito à morbidade referida nos estudos, a hipertensão apresenta-se com maior frequência, seguida de problemas na coluna, dor de cabeça e demais doenças (diabetes, sinusite, artrose, gripe, pneumonia, hemorroidas). Apesar de a hipertensão e a diabetes representarem, respectivamente as principais doenças citadas pelos índios, são as que chamam atenção, pois elas vêm, dentre outros agravos, destacando-se no decorrer dos anos no DSEI potiguara, em virtude do número de atendimentos médicos realizados nas aldeias aos índios cadastrados no Programa Hiperdia. Observam-se, também, outras questões, que poderão estar contribuindo para a frequência desses agravos, uma vez que a maioria dos idosos não



tem como prática a procura dos serviços de saúde na aldeia para a realização de exames ou outros procedimentos de prevenção as doenças; a ingestão de alimentos provenientes da pesca (peixe e camarão) e muitas vezes conservada no sal; alguns índios, nessa faixa etária, já estão aposentados, não desenvolvem atividades na agricultura no mesmo ritmo quando eram mais jovens e o próprio ritmo de vida na aldeia conduz ao sedentarismo, com pouca atividade física; e, por fim, o uso abusivo do fumo e do álcool. Medidas de combate ao alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e condutas não medicamentosas, como redução do peso, do sal e do açúcar da dieta, são capazes de contribuir eficazmente para o controle dos níveis de sódio e glicose no sangue (ROSA; FRANKEN, 2000; SANTOS; COIMBRA, 2003).

Com relação a idade, percebe-se que 43,6% dos óbitos entre os potiguaras ocorreram com índios a partir de 51 anos. No Brasil, dados demográficos tem demonstrado que a partir da década de 1970, a população de pessoas mais velhas vem aumentando lentamente. Entre os povos indígenas, a despeito da escassez de estudos demográficos, existe uma tendência semelhante. A análise de dados relativos aos indivíduos autodeclarados indígenas nos censos demográficos de 1991 e 2000 aponta para um aumento consistente da população idosa (com 65 anos ou mais). De modo geral, o envelhecimento tem ocorrido, principalmente, nas populações urbanas, estando associado aos mesmos determinantes observados entre não indígenas. Nas populações rurais, que correspondem de modo geral as populações aldeadas, o grau de envelhecimento foi menor. De todo modo, é relevante considerar que doenças pouco expressivas no passado estão se tornando cada vez mais prevalentes, em especial as crônicas não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e câncer (IBGE, 2005).

Assim, observa-se a necessidade da equipe de saúde realizar orientações e um trabalho específico para atender estas populações, as mudanças de hábitos para melhorar a saúde é um processo complexo para os índios de maneira geral, porque essas medidas de controle exigem mudanças nos seus hábitos alimentares envolvendo aspectos socioeconômicos e culturais importantes para eles. Nas comunidades indígenas que tem um relacionamento mais estreito com a população regional próxima as áreas urbanas, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados as mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, câncer e alcoolismo.

Na categoria temática de Cuidados de enfermagem na atenção à saúde dos idosos indígenas potiguaras, os autores evidenciam que diante das precárias condições de vida e de saúde dos índios potiguaras, torna-se necessário que a Equipe Multiprofissional, em especial a atuação da enfermagem, a fim de promover a integração entre o sistema local de saúde e a sabedoria indígena. Isso porque abordagens culturais possibilitarão compreender o universo cultural dos índios potiguaras sobre suas práticas relacionadas a saúde e a doença, tornando, assim, as intervenções de controle mais eficazes, principalmente em relação às doenças infecciosas e parasitárias. Para isso, é indispensável uma definição da política de recursos humanos para a saúde indígena e capacitação/qualificação de profissionais sobre os povos indígenas em relação à sua organização social, política, cultural e, principalmente, no que diz respeito à sua concepção sobre saúde e doença (VERMELHO; COSTA; KALE, 2006).

Athias e Machado (2001, p.429) afirmam que a concepção de saúde e doença existentes entre os povos indígenas interfere no “modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldades em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços”.

De acordo com a Funasa (2007), a assistência à saúde dos índios Potiguaras é feita por intermédio do Distrito Sanitário Indígena (DSEI) Potiguaras. O DSEI Potiguaras está localizado em João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. O DSEI Potiguaras compõe o organograma da coordenação da FUNASA na Paraíba, apresentando dois níveis hierárquicos básicos: nível de gestão representado pela chefia do DSEI e o nível de gestão média composto pelos setores: administração (gerenciamento administrativo), operações (serviços de referência, contra-referência e assistência aos usuários: transporte, passagens, alimentação e apoio logístico) e técnico (monitoramento e avaliação da atenção básica e assistência técnica, científica e pedagógica).

O setor técnico dispõe de uma equipe de profissionais/servidores da FUNASA e contratados, são eles: 01 médico, 05 enfermeiros, 01 psicólogo, 02 odontólogos e 01 assistente social. As Ações da Atenção Básica nas aldeias são realizadas pela Equipe Multidisciplinar em Saúde Indígena, composta por Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), Auxiliar de Enfermagem, Auxiliar de

Consultório Dentário (ACD), Enfermeiro, Fisioterapeuta, Odontólogo, Nutricionista, Farmacêutico, Bioquímico, Fonoaudiólogo, Médico e Psicólogo (FUNASA, 2007).

O acesso do idoso à Unidade Básica de Saúde (UBS) ocorre de duas maneiras, por livre e espontânea demanda, ou por solicitação da equipe de saúde, quase sempre articulada pela enfermagem. Há uma grande facilidade em conseguir assistência na UBS, seja por meio de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, e/ou de outros procedimentos.

Observou-se que a enfermagem participa de modo eficaz no processo de assistência ao idoso, se faz presente em ações que antecedem as consultas médicas, prestando cuidados e, muitas vezes, em situações mais graves, que precedem o período de trabalho do médico e encaminha-o para o serviço de referência. Estas ações permitem que o acesso do idoso ao serviço de saúde seja ágil. Por outro lado, verifica-se a dificuldade que alguns idosos têm em ir à UBS, pela distância entre suas residências e o serviço de saúde. O aspecto geográfico dificulta, mas não impede o acesso à unidade de saúde, visto que é disponibilizado um veículo de transporte para atender as necessidades dos idosos. Por ocasião da necessidade de cuidados mais complexos, os idosos são encaminhados aos hospitais do município mais próximo.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo objetivou analisar em bases científicas a saúde e qualidade de vida dos idosos indígenas potiguara verificando a assistência de enfermagem prestada a esta população. Assim, os estudos selecionados evidenciam que os idosos indígenas potiguaras assim como grande parte da população brasileira, dispõe de uma equipe multiprofissional, disponível para atendê-los sempre que necessário. Esta unidade de saúde possui meios de transportes necessários para que seja possível o acesso dos profissionais as aldeias mais distantes prestando assim um atendimento amplo e está população.

Mesmo dispondo de equipamentos de saúde, a população ainda é bastante acometida por problemas de saúde agravados pelos aspectos culturais desta população que muitas vezes se nega a receber um cuidado de saúde diferente da sua cultura. Conhecer sobre o modo de vida dos índios, o contato com aqueles que convivem em seu ambiente e as representações sobre saúde e doença são questões fundamentais

para o exercício dos profissionais que atuam na saúde indígena e para a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Tais achados apontam à necessidade dos profissionais de saúde, instituições, lideranças indígenas e demais atores sociais que tem compromisso com a população Potiguara se reúnam para adoção de propostas voltadas para melhoria das condições de vida, fazendo com que esta população e principalmente os idosos tenham hábitos de saúde mais saudáveis amenizando o alto índice de indígenas acometidos por doenças crônicas como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, câncer e alcoolismo.

É preciso um maior empenho das instituições e das lideranças indígenas para buscar incentivos de promoção e prevenção a saúde desta população, além disso, os enfermeiros e demais profissionais precisam ser qualificados e preparados para prestar uma assistência digna e de qualidade, para que assim, todas as partes envolvidas na assistência estejam plenamente satisfeitas.

## REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**. Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS: 1978.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2009.

BITTENCOURT, M.F. et al. **Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica (Siab) indicadores 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Coordenação de Prevenção e Vigilância). **Situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Gerência Técnica das Doenças Emergentes e Reemergentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COIMBRA, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

DSEI. Fundação Nacional de Saúde. **Boletim Informativo nº01/2006**. Brasília, DF, 2006.

DSEI. Fundação Nacional de Saúde. Potiguara. **Relatório de produção mensal das equipes de saúde dos Polos-Base (2004-2008)**. João Pessoa (PB); 2008.

FUNAI. **Instrução Normativa nº 01/95/PRESI/FUNAI**. Normas que disciplinam o ingresso em terras indígenas com finalidade de desenvolver pesquisa científica. Brasília, DF, 1995.

FUNASA. CORE/PB/DSEI Potiguara. **Plano Distrital de Saúde Indígena 2005-2007**. João Pessoa, PB, 2007.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tendências demográficas**: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos, (1991 a 2000). Relatórios metodológicos. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

LUCIANO-BANIWA, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, LACED/Museu Nacional, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

MOTA, Clarice Novaes. **Saúde e povos indígenas**: tradição e mudança. Cultura corporal indígena, Guarapuava: Unicentro, 2003.

PALITOT, Estevão Martins. **Parecer antropológico DSEI Potiguara**. João Pessoa, PB, 2005.

ROSA, Ronaldo Fernandes; FRANKEN, Ronaldo Alexandre. Tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial. In: TIMERMAN, Ari; et al (Edit.) **Manual de Cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. **Fiocruz/Abrasco**, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR, Carlos E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003.

VERMELHO, Letícia Legay; COSTA, Antonio José Leal; KALE, Pauline Lorena. Indicadores de Saúde. São Paulo In: MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: Revisão de Literatura** **NURSE'S ACTIVITIES IN THE SURGICAL CENTER: Literature review**

Antônia Martins Sabino Neta da Silva <sup>1</sup>  
Teresa Cristina de Albuquerque Leal<sup>2</sup>  
Suzana Araújo de Macêdo<sup>3</sup>  
Alysson Kennedy Pereira de Souza<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O Centro Cirúrgico (CC) é compreendido como um local singular em uma instituição hospitalar, onde requer cuidados específicos, haja vista que, é neste setor que são realizados os mais diversos tipos de cirurgias, sejam elas de emergências ou eletivas, como também é reservado para recuperação pós-anestésica imediata. Destaca-se que o enfermeiro atualmente tem desenvolvido um papel fundamental no CC, assumindo responsabilidade dos cuidados de saúde e gerenciando sua equipe com propósito de organizar o trabalho, bem como os recursos humanos de enfermagem, assegurando uma assistência de qualidade aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos. O objetivo desse estudo foi descrever a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico através de uma revisão bibliográfica atual brasileira, realizada no segundo semestre de 2018. Constituiu-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica com abordagem descritiva. Diante dos achados da pesquisa, podemos evidenciar que o CC é um local de ampla complexidade e especificidades, e que necessita de profissionais capacitados para atuarem em seu âmbito. Nesta perspectiva, o enfermeiro como profissional que compõe a equipe multidisciplinar do centro cirúrgico, aparece nos estudos como o

---

<sup>1</sup>Graduanda do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). E-mail: martinssabino52@gmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – (IESP). Orientadora neste trabalho. E-mail: [teresacristinaleal@hotmail.com](mailto:teresacristinaleal@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/5778355917149724>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

responsável pelos os cuidados específicos do paciente no aspecto assistencial, bem como no aspecto gerencial com a principal finalidade de organizar o trabalho.

**Palavras-chave:** Atuação. Enfermagem. Centro Cirúrgico.

## **ABSTRACT**

The Surgical Center (CC) is understood as a singular place in a hospital, where it requires specific care, since it is in this sector that the most diverse types of surgeries are performed, be they emergencies or electives, for immediate postanesthetic recovery. It should be highlighted that nurses currently have developed a fundamental role in the CC, taking responsibility for health care and managing their staff with the purpose of organizing work, as well as the human resources of nursing, ensuring quality care for patients undergoing procedures surgical. The aim of this study was to describe the nurses' performance in the surgical center through a current Brazilian bibliographical review, held in the second half of 2018. It consisted of a research of the bibliographic type with descriptive approach. Given the findings of the research, we can show that CC is a place of wide complexity and specificities, and that it needs professionals qualified to act in its scope. In this perspective, the nurse as a professional who makes up the multidisciplinary team of the surgical center appears in the studies as responsible for the specific care of the patient in the assistance aspect, as well as in the managerial aspect with the main purpose of organizing the work.

**Key-words:** Acting. Nursing. Surgery Center.

## **1 INTRODUÇÃO**

O Centro Cirúrgico (CC) é compreendido como um local singular em uma instituição hospitalar, onde requer cuidados específicos, haja vista que, é neste setor que são realizados os mais diversos tipos de cirurgias, sejam elas de emergências ou eletivas, como também é reservado para recuperação pós-anestésica imediata. Desta forma ele é apresentado como um dos setores mais complexo de uma instituição hospitalar, não apenas por suas especificidades, mas também por ser um lugar fechado, que requer dos profissionais um cuidado diferenciado, necessitando dessa forma de um conhecimento maior sobre as competências técnicas, os recursos materiais, além de maior contato com o paciente, redobrando os cuidados ofertados (CABRAL et al, 2016).

A enfermagem desde os primórdios tem participação efetiva no CC, porém antigamente essa participação se limitava apenas nas áreas instrumentais, atendimento a solicitação da equipe médica, e as ações sobre o antes e depois do processo anestésico. Com o passar dos tempos essa assistência mudou, juntamente com a evolução das cirurgias o enfermeiro precisou também evoluir na assistência

prestada ao paciente no CC, com base em fundamentos científicos criou sua própria identidade neste setor hospitalar (FONSECA; PENICHE, 2009).

Tobin (2017) destaca que o enfermeiro atualmente tem desenvolvido um papel fundamental no CC, assumindo responsabilidade dos cuidados de saúde e gerenciando sua equipe com propósito de organizar o trabalho, bem como os recursos humanos de enfermagem, assegurando uma assistência de qualidade aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos. Para tal, o autor enfatiza que o enfermeiro gerencial necessita de conhecimento sobre organização, estrutura e processos que serão desenvolvidos no setor.

Ainda de acordo com o autor supracitado, o enfermeiro além de gerenciar a equipe de enfermagem no CC, é o responsável pelo acompanhamento do paciente no período transoperatório, onde precisa fazer o levantamento dos dados do paciente, desenvolver e implementar plano de cuidado, avaliar os cuidados destinados aos pacientes, entre outros. Desta forma fica claro que o enfermeiro ocupa diferentes posições no CC, desde a de coordenador até a posição de assistencial.

O enfermeiro que atua no CC tem como responsabilidade acompanhar o paciente em todas as etapas do seu perioperatório, com foco em suprir as necessidades do paciente. Sua classificação é dividida em duas: a de coordenador ou gerencial e de assistencial. A Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico (SOBECC) traz como recomendação, que o enfermeiro seja especialista para atuar nesta área. É essencial que no ambiente, exista por parte não apenas do profissional de enfermagem, mas por toda equipe multidisciplinar a humanização (SANTOS et al, 2018).

A atribuição do enfermeiro tem se configurado mais complexo em seu cotidiano no CC, necessitando a integração de várias atividades desde a administrativa até a assistencial. Nesta integração de atividades destaca-se o relacionamento interpessoal, o que muitas vezes se torna de difícil acesso por ser um setor estressante, e totalmente fechado. Desta forma o enfermeiro atuante no CC deve se preocupar com o cuidado direcionado ao paciente de forma humanizada desafiando as dificuldades apresentadas sobre as inúmeras ações a serem desenvolvidas dentro desse setor tão específico (FONSECA; PENICHE, 2009).

Com base em tais afirmativas, é interessante que o enfermeiro que atue no CC esteja adaptado ao setor e confiante de suas ações, que estão ligadas diretamente aos procedimentos realizados. Motivada pela experiência da pesquisadora como técnica de



enfermagem no CC, surgiu o interesse pelo tema apresentado, haja vista, que durante o tempo de atuação nessa área pude constatar que o enfermeiro é peça fundamental para o desenvolvimento desse setor e que sua atuação deve ser dinâmica e direcionada a segurança e a assistência integral do paciente.

Perante o exposto, podemos observar que o enfermeiro que atua no CC é incumbido de diversas ações nesse setor, e que precisa organizar seu cotidiano para que em meio as mais diversas incumbências, possa prestar um atendimento qualificado e seguro ao paciente que é a prioridade desse profissional. Desta forma, essa pesquisa partiu da seguinte problemática: Como a literatura atual apresenta a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico?

Para responder esse questionamento, o objetivo geral desse estudo foi descrever a atuação do enfermeiro no CC através de uma revisão bibliográfica atual brasileira, com os seguintes objetivos específicos: identificar publicações brasileiras que abordem o tema apresentado; discutir a importância do CC no ambiente hospitalar e descrever a atuação do enfermeiro no CC nas áreas gerencial e assistencial.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Constituiu-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica com abordagem descritiva. A pesquisa bibliográfica segundo Martins e Pinto (2001), procura discutir e explicar sobre um determinado tema tendo como base referências teóricas publicadas em livros, artigos, revista, entre outros. Desta forma, esse tipo de pesquisa tem o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito sobre o tema pesquisado.

Sobre a abordagem descritiva Gil (2008) coloca que, esse tipo de abordagem tem como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Neste estudo foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema proposto: atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, nas principais bases de dados da área da saúde como, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) que servirão como instrumento para a coleta dos dados, a partir dos

seguintes descritores: Enfermagem; Centro Cirúrgico; Atuação. A pesquisa foi realizada no período do segundo semestre de 2018.

A seleção foi feita de forma criteriosa dos artigos, teses e dissertações encontradas na base de dados, foi selecionada apenas as publicações que correspondam os critérios de inclusão do estudo que são eles: publicação que responda ao objetivo do estudo; no período de 2008 a 2018; no idioma de português e com o trabalho completo.

Após a coleta dos dados, foi realizada uma leitura de todo o material, selecionando as principais informações de cada publicação. Em seguida foi realizada uma análise descritiva das mesmas buscando estabelecer um maior conhecimento sobre o tema abordado.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca para consolidação desse estudo resultou em 15 (quinze) publicações, todas publicadas em revistas na área da saúde. O ano de 2017 apresentou o maior número de artigos publicados com 4 (quatro) publicações, (Quadro 1), correspondendo assim 26% das publicações incluídas no estudo.

| AUTOR/ANO                                                                                           | TÍTULO                                                                                                                        | PERÍODICO                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ALMEIDA A. N. F;<br>GURGEL, E. R. S; SILVA,<br>S. R./2014.                                          | Qualidade de vida dos<br>profissionais de<br>enfermagem de um centro<br>cirúrgico.                                            | Revista Brasileira de<br>Qualidade de Vida. |
| BOTELHO, J. VELOSO, G.<br>B. L. V, FAVERO, L/2013.                                                  | Sistematização da<br>assistência de enfermagem:<br>o conhecimento da equipe<br>de enfermagem de um<br>centro cirúrgico.       | Enferm. Foco.                               |
| CABRAL, N. B; PAIVA, T.<br>S; VITORIO, A. M. F;<br>BARBOSA, B. L/2016.                              | Relato de Experiência:<br>Atuação do Enfermeiro no<br>Centro Cirúrgico na<br>Perspectiva de Estudantes<br>de Enfermagem.      | Revista Rede de Cuidados<br>em Saúde.       |
| FONSECA, R. M. P;<br>PENICHE, A. C. G/2009.                                                         | Enfermagem em centro<br>cirúrgico: trinta anos após<br>criação do Sistema de<br>Assistência de Enfermagem<br>Peri operatória. | Acta Paul Enferm.                           |
| MENDONÇA. E. T; LOPES,<br>J. M; RIBEIRO, L; SÁ, F. B.<br>B.; OLIVEIRA, D. M;<br>SALGADO, P. O/2016. | Concepções de Técnicos de<br>Enfermagem Acerca da<br>Humanização da<br>Assistência em Centro<br>Cirúrgico.                    | R. Enferm. Cent. O. Min.                    |

|                                                                                   |                                                                                                            |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| RIBEIRO, M. B; JUNIOR COELHO, T. P; BALDAM, R. M; CÔ, F. A; ZORZAL, F. M. B/2009. | Processos em Centro Cirúrgico: Desafios e Propostas de Solução.                                            | Engep.                                               |
| RIEGEL, F; OLIVEIRA JUNIOR, N. J/2017.                                            | Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico.                      | Cogitare Enferm.                                     |
| SALBEGO, C; et al./2015.                                                          | Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico.                                                | Rev Rene.                                            |
| SANTOS, Y. M. O. et al./2017.                                                     | O Processo de Enfermagem na reorganização da assistência de um Centro Cirúrgico: um relato de experiência. | Unit: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM.       |
| SANTOS, R. dos et al./2018.                                                       | A Atuação do Enfermeiro No Centro Cirúrgico.                                                               | Gep News                                             |
| SILVA, C. D.; ALVIM, T./2010.                                                     | Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem.    | Revista Brasileira de Enfermagem.                    |
| STUMM, E. M. F. et al./2009.                                                      | Ações do Enfermeiro na recepção do Paciente em Centro Cirúrgico.                                           | REME - Rev. Min. Enferm.                             |
| TOBIN, F. S. et al./2017.                                                         | Relato de Experiência de Uma Acadêmica de Enfermagem em Centro Cirúrgico.                                  | Anais da XXII Semana Acadêmica De Enfermagem – UEMS. |
| TEIXEIRA, C. M. S; ABRUCEIS, P. J; CICONHA, W. D. /2011.                          | Centro Cirúrgico: Compreendendo sua Estrutura e Organização.                                               | Revista Inesul.                                      |
| VARGAS, E. de et al./2017.                                                        | Qualidade de Vida no Trabalho da Enfermagem: Influência De Cargas Físicas no Trabalho em Centro Cirúrgico. | Congrega – Urcamp.                                   |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1** –Distribuição das publicações selecionadas para o estudo conforme autor/ano, título e periódico.

Concluídas as etapas de análise dos artigos selecionados, surgiram como unidades temáticas:

Os aspectos gerais do centro cirúrgico, onde é abordado os conceitos dessa unidade hospitalar, sua complexidade e importância, bem como sua organização estrutural que é fundamental para um atendimento de qualidade.

A segunda unidade é intitulada como atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, nessa unidade especificamos de acordo com os estudos analisados o papel do

enfermeiro nesse setor, e quão importante sua atuação e qualificação na assistência aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos, nas áreas gerencial e assistencial.

### 3.1 ASPECTOS GERAIS DO CENTRO CIRÚRGICO

Nessa unidade, foram encontrados nas análises dos estudos pesquisados alguns conceitos em relação ao Centro Cirúrgico (CC), todos corroborando um com o outro, descrevendo o CC como uma das unidades mais importantes do ambiente hospitalar, destacando-se por ser um local complexo pelas suas particularidades e características, composto por áreas, instalações apropriadas e equipamentos sofisticados que garante condições melhores para o paciente no momento cirúrgico. Consiste em uma unidade fechada com rigorosas técnicas assépticas, onde são realizados procedimentos direcionadas as cirurgias como os anestésicos cirúrgicos, sejam eles de caráter eletivo ou emergencial (TOBIN et al, 2017; SALBELGO et al, 2015; SANTOS et al, 2017).

Cabral et al, (2016) e Almeida, Gurgel e Silva (2014), complementam o conceito dos autores supracitados, quando enfatizam que o CC é um local singular no ambiente hospitalar, não apenas pelas suas particularidades, mas principalmente por ser um lugar restrito que obriga os funcionários a situações específicas, necessitando lidar com competências técnicas, relacionamentos interpessoais, utilização de materiais específicos, bem com o cuidado integral com o paciente. Sendo assim, se caracteriza por uma unidade fechada com diversos protocolos e normas a serem seguidas.

Ainda nessa conjuntura, Santos et al, (2018), enfatizam em seu estudo que, apesar da complexidade e particularidade do CC que objetiva segurança e conforto para o paciente, essa unidade é considerada crítica, pois é um espaço com enorme potencial de infecção hospitalar, com realização de muitos procedimentos de alto risco. Ressaltam ainda que para um funcionamento de qualidade o CC precisa ser bem planejado, não apenas fisicamente, mais também com projetos complementares como: elétrico, hidráulico, sanitário, fluido/mecânico, climatização, incêndio e luminotécnico.

Para tanto, esse planejamento necessita acontecer ainda no desenvolvimento de sua estrutura física, como colocam Teixeira, Abraceis e Ciconha (2011), que são limitados os hospitais que conseguiram planejar, arquitetar e administrar um CC em conformidade acordo com as normas e conceitos mais avançados. Na maioria das

vezes esse planejamento fica em segundo plano, ocasionando graves consequências relacionados a assistência dispensada ao paciente no momento cirúrgico.

Ainda segundo os autores supracitados, na construção de um CC vários fatores devem ser considerados e observados com atenção, como: localização, área, estrutura, composição física, salas de cirurgias, equipamentos e materiais, sua administração e regulamentos. O CC deve ser localizado em um lugar que garanta segurança diante das técnicas assépticas, evitando locais onde exista poeiras, ruídos e grande circulação de pessoas.

Neste aspecto Santos et al, (2018), corrobora destacando a importância da utilização de materiais de primeira qualidade para a edificação e retoque do CC, esses materiais precisam ter durabilidade e suportar higienização diária, pois o CC não pode estar passando por reformar frequentes, visto que demanda muito tempo e ele não pode parar, pois dele depende o salvamento de vidas.

Em relação a dinâmica física e funcional do CC, existe três zonas em sua composição: a irrestrita (proteção), semi-restrita (limpa) e restrita (estéril). Silva e Alvim (2009), alertam que só é permitida a entrada no CC de pessoas devidamente identificadas e com roupas específicas para utilização nessa unidade. Outras normas existem, para um melhor funcionamento, a título de exemplo, é a lavagens das mãos para prevenir infecções hospitalares, sendo obrigatório realizar tanto antes, quanto depois do contato com o paciente.

Vale ressaltar que as cores utilizadas na parede do CC devem ser neutras, suaves e foscas, evitando assim reflexos luminosos, fadiga visual, cansaço e os estímulos nervosos. A baixa temperatura também deve ser considerada, haja vista que oriunda da ventilação artificial, precisa para a manutenção da área asséptica. A equipe deve estar atenta a manter uma temperatura controlada e confortável tanto para eles, quanto para os pacientes. O sistema de refrigeração através de ar condicionado visa remover gases anestésicos e partículas em suspensão, controlar a temperatura e a umidade, promover troca de ar adequada e evitar a entrada de partículas de áreas subjacentes (SILVA; ALVIM, 2009).

Ainda segundo os autores supracitados outro aspecto muito relevante é a influência do ambiente físico, na promoção de bem-estar e conforto do cliente, o excesso de ruídos a que constantemente os clientes são submetidos, como o toque contudente e em alto som do celular dos profissionais que ali atuam e do telefone fixo do posto de enfermagem; além das frequentes conversas de diferentes conteúdos

entre os profissionais, muitas vezes, não referentes à situação mesma que envolve o cliente. É necessário assegurar um ambiente livre de sons desagradáveis e conversas paralelas tendo em conta que nem o melhor arejamento possível, nenhuma assistência, por mais cuidadosa, poderá fazer bem a esses pacientes sem o necessário silêncio.

Sobre as finalidades do CC os estudos analisados trazem como as principais: a realização de intervenções cirúrgicas e o encaminhamento do paciente à enfermaria garantindo sua integridade, ou seja, essas transferências devem acontecer da melhor forma possível garantindo a segurança do paciente; a utilização do espaço como campo de estágio construção e aprimoramento dos recursos humanos; o desenvolvimento de projetos e programas de pesquisa direcionados principalmente para o trabalho científico e tecnológico e por fim, retrata-se em unidade de referência entre os setores existentes dentro da instituição hospitalar (RIBEIRO et al, 2009; SANTOS et al, 2018).

Diante de tais aspectos, é preciso que o trabalho da equipe multidisciplinar seja dinâmico, onde o relacionamento profissional necessita ter concordância. Para isso, os profissionais atuantes neste setor devem ser capacitados, treinados e aptos às especificidades determinadas neste setor, oportunizando um ambiente mais seguro ao paciente (CABRAL et al, 2016).

Nessa perspectiva, considerando a complexidade e especificidades que os estudos abordam sobre o CC, evidenciando ser um dos setores dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) contribuinte para solução das intervenções cirúrgicas, o estudo de Santos et al, (2017), ressalta um olhar direcionado por parte dos profissionais, ou seja, da equipe multidisciplinar, dando ênfase à equipe de enfermagem, que são os profissionais que mantêm maior contato com os pacientes em seu cuidado integral. Sobre essa categoria vamos abordar na próxima unidade temática.

### 3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

Nesta unidade temática encontramos a importância da atuação do enfermeiro no CC, esse profissional proporciona assistência direta ao paciente, bem como auxilia a equipe multiprofissional no decorso da cirurgia, objetivando segurança ao paciente. Essa assistência acontece durante todo o período conhecido como perioperatório,

dividido em três fases: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, todas necessitam da atuação da equipe de enfermagem (TOBIN et al, 2017; MENDONÇA et al, 2016).

Além disso, o enfermeiro atua como líder da equipe de enfermagem, gerenciando e realizando intervenções quando preciso, reduzindo as dificuldades próprias aos procedimentos realizados e rotinas da unidade. Desta forma, a assistência direta e integral ofertada ao paciente no CC é realizada pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo estes supervisionados pelo enfermeiro, orientando sempre que possível sua equipe sobre os procedimentos, prevenções e riscos (TOBIN et al, 2017; FONSECA; PENICHE 2009).

Em concordância com os autores acima citados, Cabral et al, (2016) enfatizam que o enfermeiro que atua no CC, desenvolve duas funções de extrema importância para um melhor atendimento ao paciente, são as de enfermeiro coordenador e enfermeiro assistencial. Vale destacar que este profissional é habilitado para atuar na gerência das necessidades que englobam o momento anestésico-cirúrgico e todas as suas etapas.

O estudo supracitado citado apresenta ainda algumas atribuições, tanto do enfermeiro gerencial, quanto do enfermeiro assistencial. Sobre o enfermeiro gerencial ou coordenador algumas de suas atribuições são: colaborar participando de reuniões como equipe multiprofissional; controlar o fator administrativo, técnico e ético nas atividades realizadas no CC; auxiliar para que sejam cumpridas as normas e regulamentos das unidades; estar atento quanto aos equipamentos, solicitando novos sempre que preciso; entre outras. Já o enfermeiro assistencial tem entre suas atribuições no CC: conferir com antecedência a programação cirúrgica; garantir segurança no ambiente cirúrgico, seja para equipe, seja para o paciente; receber o paciente no CC; conferir os dados do paciente nos impressos, bem como os exames necessários para realização da cirurgia; facilitar a auxiliar a remoção do paciente da maca para mesa cirúrgica; entre outras.

Para a enfermagem, o cuidado no centro cirúrgico surgiu para atender as necessidades do trabalho clínico, e possui uma dinâmica de cuidar em enfermagem centrada na objetividade das ações, com ênfase à intervenção de natureza técnica que visam à recuperação do cliente/paciente. Frente a estas características, a interação psicossocial no cuidado, em vários momentos, é vista como restrita (SALBEGO et al, 2015).

Segundo o estudo de Santos et al, (2018) no que se refere ao gerenciamento ou coordenação, o enfermeiro tem a função de ser líder, entre suas atribuições no âmbito desse papel está a de prever, prover, implementar, avaliar e controlar os recursos humanos e também os materiais. No que se refere a atuação assistencial, o enfermeiro está incumbido de realizar várias ações que desempenha uma assistência tanto direta, quanto indireta ao paciente, entre elas estão: o agendamento de cirurgias, supervisão dos profissionais da equipe de Enfermagem, provisão de materiais, entre outros, tudo com intuito de garantir ao paciente a preservação e melhor qualidade de vida.

Stumm et al, (2009) acentua que o enfermeiro como responsável pelo gerenciamento e pela assistência, enfrenta vários desafios, que precisam ser pensados da melhor forma por esses profissionais para ser resolvido. Entre eles está a sobrecarga de trabalho, o que pode afetar diretamente a qualidade de seu gerenciamento e assistência. Neste aspecto, podemos perceber que é frequente nesta área e aqui pontualmente falando no CC, a sobrecarga desses profissionais, que pôr muitas vezes, não consegue desempenhar todas as atividades no seu respectivo turno de trabalho.

Ainda neste aspecto, Vargas et al, (2017) corrobora que as sobrecargas no trabalho do enfermeiro se caracteriza com uma dificuldade extrema, atingindo não apenas seu desenvolvimento profissional, mas também sua qualidade de vida. Eles enfatizam ainda que a distância do CC com relação às outras unidades e à própria administração hospitalar representa para os enfermeiros uma interrupção nas relações, pois essa distância não permite uma percepção completa do desenvolvimento trabalho nestes ambientes.

Sendo assim, Salbego et al, (2015) ressaltam que tendo em vista a complexidade do cuidado neste ambiente, cabe enfatizar a importância de os profissionais de enfermagem identificarem os agravantes a sua saúde, produzidos por estas condições e organização do trabalho. Assim, visando minimizar os efeitos nocivos do trabalho é necessário que os trabalhadores despertem para o cuidado de si, destacar que o cuidado a saúde dos trabalhadores vai além dos riscos ocupacionais. Cabe refletir também sobre os aspectos psicossociais que envolvem o trabalho, os principais fatores considerados como “cuidado de si” estão relacionados aos riscos biológico e ergonômico.

O CC por ser geralmente um ambiente complexo, conhecido como uma unidade estressante, que requer do enfermeiro maior tempo com serviços administrativos do



setor, às vezes, o faz esquecer-se, ou melhor, reduzir a assistência direta ao cliente em um momento único de sua vida, em que a instabilidade emocional domina-o, interferindo diretamente em sua recuperação (BOTELHO; VELOSO; FAVERO, 2013).

No estudo de Tobin et al, (2017), fica claro que as funções do enfermeiro no CC são gerenciais e assistenciais, neste último o enfermeiro atua no período transoperatório levantando os dados do paciente, desenvolvendo e implementando um plano de cuidados de enfermagem, avaliando os cuidados realizados no paciente e atuando diretamente na assistência prestada. No período pós-operatório o enfermeiro atua na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), definida como o local onde o paciente permanece após ser submetido ao procedimento cirúrgico anestésico, sob os cuidados e observação da equipe de enfermagem, até que tenha estabilizado os sinais vitais, recuperado a consciência e para que haja prevenção das intercorrências do período pós-anestésico.

Em consonância com a colocação acima citada, Mendonça et al, (2016) enfatiza que os cuidados específicos com o paciente é função do enfermeiro em sua atuação assistencial, é necessário que esse profissional promova o cuidado através do respeito, envolvendo também o afeto, a solidariedade, a sensibilidade e a compaixão. Humanizando a assistência, compreendendo o respeito à unicidade de cada pessoa.

De acordo com Ribeiro et al, (2009) o paciente não pode ser considerado uma peça numa linha de montagem pois depende muito da interação com as pessoas responsáveis pelo seu cuidado e do laço entre membros da organização. Entende-se que, os profissionais em um hospital estão para atender as expectativas dos pacientes, o cuidado, agilidade e a segurança, devem estar contempladas em todas as atividades.

A presença do enfermeiro junto ao leito, a demonstração de afeto, o toque, as conversas também são restritas face às atividades outras do setor, o que não quer dizer que não haja expressividade no cuidado. Isto acontece, por vezes, não no sentido de desmerecer ou desvalorizar os aspectos do cuidar que são da ordem da subjetividade, mas porque, neste setor, a atenção ao órgão físico como central é necessária. O pouco tempo de convivência com o cliente no centro cirúrgico embora não seja o determinante, pode também interferir na construção da relação (SILVA; ALVIM, 2009).

Neste aspecto assistencial o enfermeiro por ser um dos profissionais mais próximos do paciente, possibilita com seu contato direto a transmissão de confiança, permitindo assim maior segurança ao paciente. É de suma importância esse contato,

no momento que antecede a cirurgia propriamente dita, explicando o procedimento que o paciente irá passar, bem como sua recuperação, diminuindo seus medos, inseguranças e apreensões, ou seja, ofertando um vínculo através da interação dialógica. Desta forma, além de todos os cuidados com o ambiente que CC proporciona o enfermeiro deve focar sua atenção na atuação e assistência direcionada ao cliente (SALBEGO et al, 2015).

Neste aspecto Stumm et al (2009), enfatizam que o fato de o enfermeiro conhecer o paciente antes da realização do procedimento cirúrgico aproxima ambos, facilita a interação e, por conseguinte, favorece a avaliação das condições de saúde e o planejamento da assistência.

Para que isso ocorra, efetivamente, é necessário que os enfermeiros estejam aptos a identificar as necessidades dos pacientes, possibilitando a prevenção de complicações, bem como a detecção precoce de intercorrências no perioperatório.

Mendonça et al, (2016) destaca que o enfermeiro deve dispensar um olhar cuidadoso e humanizado ao paciente no período que passar no CC, haja vista que esse ambiente é visto pelo paciente como um setor desconhecido e complexo, o que faz ele sentir-se temeroso diante dos procedimentos que será submetido. Desta forma cabe ao enfermeiro promover um ambiente seguro no CC, através do cuidado e da assistência humanizada.

Com esse entendimento a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um documento recentemente com direcionamentos referentes a comunicação do paciente com intuito de uma cirurgia segura. Sendo assim, o processo de enfermagem deve ser adotado para um atendimento de enfermagem integral, envolvendo o histórico de enfermagem, o diagnóstico, o planejamento dos resultados esperados, a implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem) e sua avaliação (RIEGEL; OLIVEIRA JÚNIOR, 2017).

Contudo, ainda de acordo com os autores supracitados, para que o gerenciamento e a assistência ofertada pelo enfermeiro no CC sejam de qualidade, é preciso que esse profissional esteja em constante atualização para qualificar o raciocínio clínico e pensamento crítico necessários para desenvolver essas ações. Desta forma faz-se necessário que os enfermeiros atuantes em centro cirúrgico se proponham se capacitar para assim assistir os pacientes e gerenciar esse setor muitas vezes considerado o mais complexo do ambiente hospitalar, da melhor forma possível.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados da pesquisa, podemos evidenciar que o CC é um local de ampla complexidade e especificidades, e que necessita de profissionais capacitados para atuarem em seu âmbito, para tanto se faz necessário que essa atuação aconteça de forma dinâmica, com um trabalho multidisciplinar, onde é preciso ter concordância no relacionamento profissional.

Nesta perspectiva, o enfermeiro como profissional que compõe a equipe multidisciplinar do CC, aparece nos estudos como o responsável pelos cuidados específicos do paciente no aspecto assistencial, bem como no aspecto gerencial com a principal finalidade de organizar o trabalho. É perceptível, que o enfermeiro ao desenvolver essas duas funções de forma qualificada no CC, estará promovendo um ambiente seguro, através de uma assistência humanizada.

Desta forma, foi possível evidenciar que um dos desafios do enfermeiro no CC é ofertar um cuidado holístico e humanizado ao paciente, que por inúmeras vezes se sente inseguro e com medo. Sendo assim, entende-se que a assistência do enfermeiro para a paciente no CC implica além da dimensão técnica, de humanização e especificidades, respeitando as necessidades do paciente. É importante frisar que o enfermeiro necessita estabelecer em diálogo com o paciente, valorizando sua individualidade e ofertando cuidado personalizado e integral.

Acredita-se que este estudo possa despertar nos profissionais enfermeiros que atuam nos centros cirúrgicos, o desejo e a necessidade de conhecer melhor esse cenário de atuação, como também as peculiaridades de suas funções, nas áreas gerencial e assistencial.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. F.de; GURGEL, E. R. S; SILVA, S. R. da. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR Ponta Grossa – PR – Brasil, v. 6, n. 4, p.216-222, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100008)>. Acesso em: 21 ago. 2018.
- BOTELHO, J. VELOSO, G. B. L. V, FAVERO, L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enferm. Foco** v.4, n.3,4, p.198-201, 2013.

CABRAL, N. B; PAIVA, T. S; VITORIO, A. M. F; BARBOSA, B. L. Relato de Experiência: Atuação do Enfermeiro no Centro Cirúrgico na Perspectiva de Estudantes de Enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. ISSN-1982-6451, 2016.

FONSECA, R. M. P; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Peri operatória\* **Acta Paul Enferm.** v.22, n.4, p.428-33; 2009. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 de ago. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, G. A; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MENDONÇA. E. T; LOPES, J. M; RIBEIRO, L; SÁ, F. B. B.; OLIVEIRA, D. M; SALGADO, P. O. Concepções de Técnicos de Enfermagem Acerca da Humanização da Assistência em Centro Cirúrgico. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.6, n.3, p.2389-2397; 2016.

RIBEIRO, M. B; JUNIOR COELHO, T. P; BALDAM, R. M; CÔ, F. A; ZORZAL, F. M. B. Processos em Centro Cirúrgico: Desafios e Propostas de Solução. **XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão**. Salvador, BA, 2009. Disponível: <[www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009\\_TN\\_STP\\_091\\_615\\_14596.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_TN_STP_091_615_14596.pdf)>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

RIEGEL, F; OLIVEIRA JUNIOR, N. J. de. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enferm**, Porto Alegre, Rs, Brasil, v. 4, n. 22, p.01-05, jan. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45577>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SALBEGO, C; et al. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Rene**. v.16, n.1, p.46-53, 2015. Disponível: <<https://www.researchgate.net/.../The-meaning-of-care-for-operating-room-nursing.pdf>>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

SANTOS, Y. M. O. et al. O Processo de Enfermagem na reorganização da assistência de um Centro Cirúrgico: um relato de experiência. **Unit: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM**, Tiradentes, Sergipe, maio 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5663/2158>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SANTOS, R. dos et al. A Atuação Do Enfermeiro No Centro Cirúrgico. **Gep News**, Maceió, v. 2, n. 2, p.9-15, Abr./Jun., 2018. Disponível em: <[www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/viewFile/5218/3665](http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/viewFile/5218/3665)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SILVA, C. D.; ALVIM, T., Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.

63, n. 3, 2010, pp. 427-434. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf)> Acesso em: 21 de ago. 2018.  
STUMM, E. M. F. et al. Ações Do Enfermeiro Na Recepção Do Paciente Em Centro Cirúrgico. **REME - Rev. Min. Enferm**; v.13, n.1, p.99-106, jan./mar., 2009. Disponível: <[www.reme.org.br/artigo/detalhes/168](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/168)>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

TEIXEIRA, C. M. S; ABRUCEIS, P. J; CICONHA, W. D. Centro Cirúrgico: Compreendendo sua Estrutura e Organização. **Revista Inesul**, 2011.

TOBIN, F. S. et al. Relato de Experiência de Uma Acadêmica de Enfermagem em Centro Cirúrgico. **ANais DA XXII SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UEMS**. v.1., n. 1, 23-26, 2017.

VARGAS, E. de et al. Qualidade de Vida no Trabalho da Enfermagem: Influência De Cargas Físicas no Trabalho em Centro Cirúrgico. **Congrega - Urcamp**, Rio Grande do Norte, p.07-15, set. 2017. Disponível em: 19

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

### **CARE OF NURSING THE OLD VICTIM OF DOMESTIC VIOLENCE**

Camila Yasmim Pereira de Brito<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>  
Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>  
Wesley Dantas de Assis<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

O número de idosos vem crescendo no Brasil, muitos desses têm chegado à terceira idade acometido por doenças crônicas que diminuem sua autonomia. Frente a este acontecimento há uma preocupação maior dos sistemas de saúde, visto que muitas famílias não conseguem oferecer o cuidado adequado, gerando situações de estresse e violência. É possível constatar que a enfermagem tem o papel fundamental no reconhecimento da violência, como também no cuidado inicial à pessoa idosa vítima de violência doméstica. O auxílio é prestado com um bom acolhimento, criação de vínculo com a comunidade. Destaca-se que ainda há uma grande dificuldade em identificar a violência contra o idoso, como também pouco conhecimento sobre quais medidas devem ser tomadas para intervir contra a negligência ao paciente. O objetivo desta pesquisa é verificar na literatura a atuação dos enfermeiros na identificação, prevenção e intervenção de maus-tratos contra os idosos. Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfico de caráter exploratório-descritivo a partir de artigos científicos e bases de dados SCIELO, LILACS e BDEF. Os enfermeiros ainda não estão preparados para

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP Email: [camilayasmimpbrito@gmail.com](mailto:camilayasmimpbrito@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção a Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

lidar com tais situações, sendo de grande importância uma melhor qualificação durante a vida acadêmica, capacitação profissional.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem, Violência, Idoso.

## **ABSTRACT**

The number of elderly people has been increasing in Brazil, many of them have reached the third age afflicted by chronic diseases that diminish their autonomy. Faced with this event there is a greater concern of the health systems, since many families can not provide adequate care, generating situations of stress and violence. It is possible to verify that nursing plays a fundamental role in the recognition of violence, as well as in the initial care of the elderly victim of domestic violence. The aid is provided with a good reception, creation of bond with the community. It should be noted that there is still great difficulty in identifying violence against the elderly, as well as little knowledge about what measures should be taken to intervene against patient neglect. The objective of this research is to verify in the literature the role of nurses in the identification, prevention and intervention of ill-treatment against the elderly. It is a research of the bibliographic type of exploratory-descriptive character from scientific articles and databases SCIELO, LILACS and BDENF. Nurses are not yet prepared to deal with such situations, and a better qualification during the academic life, professional qualification is of great importance.

**Keywords:** Nursing Care, Violence, Elderly.

## **1 INTRODUÇÃO**

No Brasil, o índice de violência contra idosos é elevado, e diante da problemática torna-se necessário o posicionamento e, por vezes, a intervenção de profissionais de saúde para garantir assistência, tanto psicológica quanto física, promovendo a saúde aos idosos que sofrem violência, garantindo assim uma assistência integral para melhor manejo desses casos (OLIVEIRA, et al., 2013).

A resistência da maioria dos idosos em compartilhar a ocorrência de episódios de agressão, motivada por medo e até mesmo vergonha, baseia-se em geral no fato de que a maioria dessas agressões parte dos seus familiares, dificultando as ações de saúde. O perfil dos agressores, de acordo com os dados dos casos notificados, aponta para filhos do sexo masculino, e apresentam associação como uso de álcool e drogas, questões financeiras e sofrimento mental. Por se acreditarem vulneráveis ao preconceito relativo aos fatores associados à agressão, poucos idosos relatam as mesmas, fazendo com o que os maus tratos persistam (WANDERBROOKE; MORÉ, 2012).

A violência contra os idosos é um problema não só social, mas também político e de saúde pública, uma vez que as agressões podem ser psicológicas ou físicas, e que ambas afetam diretamente a saúde do idoso, pois o estresse vivenciado acaba

desencadeando uma série de respostas do organismo, comprometendo a o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos. Segundo Lima (2014), além deste olhar da sociedade, o próprio idoso carrega consigo uma visão acerca do envelhecimento.

Na maioria das vezes associa-se com o medo da morte, sentimento de inutilidade, solidão, desprezo e todos outros fatores que surgem com o tempo junto às emoções que pode gerar mais sofrimento tornando essa fase ainda mais dolorosa, sendo então necessária a investigação desses fatos que impedem o bem-estar na velhice. O aumento do número de idosos quando associado às desigualdades sociais, falta de recursos financeiros mais favoráveis, a falta de informações, o preconceito e a falta de respeito para com estas pessoas idosas poderão acarretar em problemas sérios na sociedade. A velhice na contemporaneidade carrega um estigma gerado a partir do seu processo de envelhecimento, fazendo com que estas pessoas que possuem uma idade avançada sejam atreladas a incapacidade funcional e social, impedindo que os idosos se insiram no espaço social e também no espaço familiar (REIS et al., 2014; WANDERBROOKE et al., 2013).

Os profissionais de saúde que interagem com idosos devem estar prontamente dispostos a investigar qualquer indício de violência doméstica, levando em consideração que muitas vezes o próprio idoso oculta o fato, por medo do agressor. À equipe multidisciplinar atuante na atenção primária cabe intervir da melhor forma, buscando o auxílio para a resolução do problema, uma vez que vários casos são identificados por terceiros (WANDERBROOKE et al., 2013).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivos verificar na literatura a atuação dos profissionais de saúde na identificação, prevenção e intervenção de maus-tratos contra os idosos, relatando as principais dificuldades em identificar estas agressões durante a consulta de enfermagem.

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa é do tipo bibliográfica, exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa. A sua realização consiste na possibilidade do oferecimento de subsídios para implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas assistenciais de enfermagem por meio de modelos de pesquisa (GANONG, 1987). Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa

escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

Segundo Gil (1999, p.21) “As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008).

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de artigos e publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Scielo, Bireme e LILACS. Os critérios para a seleção da amostra serão: que a publicação aborte, no título ou no resumo, temática investigada; esteja no intervalo entre 2006 há 2017; disponível na íntegra no idioma português. Assim, doze (12) estudos foram selecionados para a análise neste estudo. Para organização das informações contidas nas publicações encontradas foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, contendo a referência do estudo, objetivos, resultados principais, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor. A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre de 2018.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os doze (12) artigos exibidos nos quadros a seguir formaram o corpus deste estudo. Ao iniciar a caracterização dos artigos escolhidos, observa-se que os estudos voltados para o cuidado de enfermagem ao idoso vítima de violência doméstica tem um maior alcance entre 2015 e 2017.

#### **ARTIGOS**



| <b>Autor</b>                    | <b>Título</b>                                                                               | <b>Objetivos</b>                                                                                                                                                         | <b>Ano</b> |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| OLIVEIRA, A.A.V,et al.          | Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura.                                    | O estudo objetivou identificar a partir de uma revisão integrativa da literatura,o conhecimento científico produzido entre 2005 e 2009, sobre maus-tratos contra idosos. | 2013       |
| WANDERBROOCKE,A.C .N. D, et al. | Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. | O artigo presente tem como objetivo relatar a abordagem do profissional na violência familiar contra idosos na unidade básica de saúde.                                  | 2013       |
| REIS, L; A, et al.              | Expressão da violência intrafamiliar conta idoso.                                           | Esse artigo tem como objetivo revelar as formas de expressão da violência intrafamiliar vivenciada pelos idoso com engajamento da capacidade funcional.                  | 2014       |
| CASTRO, A. P. D, et al.         | Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados                          | Esse artigo tem como objetivo, fazer uma revisão bibliográfica sobre realizar contra esse grupo no contexto da produção acadêmica nacional.                              | 2013       |

|                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| SHIMBO, A. Y, et al. | Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família.                              | É uma pesquisa quantitativa exploratória que objetivou em identificar as formas de reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos referidos pela equipe de Estratégia Saúde da Família em Curitiba.                                                     | 2011 |
| ARAÚJO, L.et al.     | Representações sociais da violência na velhice: Estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. | O objetivo desse artigo é identificar e comparar as Representações Sociais (RS) da violência na velhice entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Profissionais de Saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF).                                    | 2012 |
| LIMA.F.D.M           | Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência.                                                            | Objetivou-se refletir sobre o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman no cuidado de enfermagem prestado à pessoa idosa vítima de violência numa perspectiva de aprofundamento da temática, visando uma assistência adequada e aliada às premissas básicas da teoria. | 2014 |
| POLARO,S.H.I, et al. | Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras                                                                              | Este artigo teve como objetivo descrever como as enfermeiras percebem a                                                                                                                                                                                          | 2013 |

|                                     |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                 |      |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                     | das Unidades de Estratégia Saúde da Família.                                    | construção de seu fazer gerontológico no âmbito da Estratégia Saúde da Família em um distrito de Belém-PA.                                                                                                                                      |      |
| SANTOS, ACPO, et al.                | A construção da violência contra idosos.                                        | Este artigo é uma revisão da literatura de 1985 a 2005, e tem como objetivo construir o cenário da violência familiar contra o idoso, ou seja, como ocorre, suas causas, consequências e principalmente as formas de enfrentamento do problema. | 2007 |
| WANDERBROOKE, A,C; MORÉ , C. et al. | Significados de Violência Familiar para Idosos no Contexto da Atenção Primária. | A pesquisa analisou os significados da violência familiar na perspectiva de idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde.                                                                                                                     | 2012 |
| RODRIGUES, T,P, et al.              | Sentidos associados à violência para idosos e profissionais.                    | Tem como objetivo, conhecer os sentidos associados à violência segundo os idosos e os profissionais.                                                                                                                                            | 2010 |

|                        |                                                                                |                                                                                                                                                                             |      |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| PAIVA, M. M. D. et al. | Violência física e psicologia contra idosos: prevalência e fatores associados. | O objetivo é averiguar os fatores adjuntos à violência física e psicológica contra idosos e planejar o perfil sócio demográfico e dos indicadores clínicos dessa população. | 2015 |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição das publicações por autores, títulos, objetivos e ano.**

A consulta de Enfermagem é a principal estratégia do enfermeiro para realizar suas funções, de assistência, prevenção e promoção de saúde em relação a população de idosos com autonomia e condições de locomoção mantidas, no entanto a visita domiciliar é uma estratégia importante na atenção primária, favorece a busca de idosos fragilizados e doentes (POLARO, 2013).

Segundo Castro (2013) aponta que no Brasil existem políticas de proteção à saúde do idoso que tratam sobre o seu atendimento, instaladas nos três níveis de atenção, a começar pela primária composta pelas Unidades Básica de Saúde (UBS), que tem papel primordial na identificação dos casos de violência, composta por profissionais da saúde que estão diretamente ligados nessas identificações e notificações, como o Agente Comunitário de Saúde (ACS), e o enfermeiro que são orientados por algumas políticas.

A partir disso vê-se que ainda não existem publicações que indiquem com clareza o acesso ou identificação dos casos de violência, e que tais casos se tornam mais dificultosos pela ausência de denúncias, bem como por falta de abordagem sobre tal problemática. Assim a violência surge de diversas formas, dimensões e devido a vários fatores, dentre os tipos os que mais apresentam maior relevância é a violência física e psicológica, expressa por agressões verbais, tal fato estar interligado com a dependência, certa vezes do idoso para determinadas coisas, como: vestir-se, tomar banho, alimentar-se, mover-se, ou até mesmo por depender do idoso fato relacionado ao poder aquisitivo, como também problemas psicológicos do próprio agressor, a exemplo transtornos de personalidade, fatos estes trazem diversas consequências para o idoso, afetando sua relação intrafamiliar, intrapessoal e social, desencadeando depressão, pensamentos de inutilidade e suicidas (CASTRO, 2013; PAIVA, 2015).

Assim, idosos expressam problemas intra e extra familiar através das linguagens, verbais e não verbais e a partir da capacidade funcional prejudicada pelos diversos fatores anteriormente citados estes ainda são apresentados por categorias: a negligência quando familiares deixam de ofertar os cuidados básicos para continuidade da qualidade de vida, seja físico, emocional ou social, expressa por situações como: deixar o idoso com fome, com eliminações vesicais e intestinais, dentre outros.

Segundo Reis (2014) a violência psicológica já mencionada é expressa com palavras agressivas ou gestos, e a exploração financeira, como causa de maior vulnerabilidade dos idosos. Dentre todas estas formas de violências os idosos adquirem sequelas sejam elas físicas e mentais.

É de suma importância uma conscientização da população acerca destas agressões, onde deve-se buscar sensibilizar a todos quanto a necessidade de um envelhecer saudável, protegido e no âmbito familiar e civil buscar romper os preconceitos enfrentados pela população idosa. Os maus-tratos contra os idosos são determinados de acordo com a situação a eles imposta, como: violência física, a violência doméstica, quando é manifestada de forma física, geralmente é utilizada para sujeitar os idosos a realizarem algo que não desejam, causar por diversos motivos, ferimentos e lesões que podem gerar a morte, devido à fragilidade física que, comumente, fazem parte de suas estruturas corpóreas (OLIVEIRA, et al., 2013; SANTOS, 2007). O Quadro 2 destaca os tipos de violência mais comuns contra o idoso.

#### **Violência Física**

A violência doméstica, quando é manifestada de forma física, geralmente é utilizada para sujeitar os idosos a realizarem algo que não desejam, causar por diversos motivos, ferimentos e lesões que podem gerar a morte, devido à fragilidade física que, comumente, fazem parte de suas estruturas corpóreas.

#### **Violência Psicológica**

As ações de restrição da liberdade de locomoção, convívio social ou simplesmente a negação aos seus hábitos de lazer e diversão são considerados como um ataque à saúde mental da pessoa idosa e, conseqüentemente, como uma forma de violência psicológica. Muitas vezes, as pessoas agem desta forma contra os idosos devido às “dificuldades” (falta de tempo, dinheiro, paciência), em acompanhá-los nestes eventos.

**Abuso Financeiro ou Material**

É uma das ações mais praticadas pelos membros da família, devido aos problemas de locomoção ou de incapacidades psíquicas de controlarem os seus rendimentos e patrimônio. Os idosos passam a ter as suas economias e benefícios previdenciários apropriados por outros, constituindo em uma exploração ilegal e indevida.

**Abuso Sexual**

A violência sexual, praticada contra os idosos pode ser de caráter hétero (sexo oposto) ou homo (mesmo sexo) e incluem a relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças sem o consentimento do idoso.

**Negligência**

É a omissão ou a negação em fornecer assistência básica que os idosos necessitam em sua vida, por parte dos seus responsáveis (Família ou instituição). Este ato é mais comumente praticado ao idoso que se encontra em situação de dependência do outro, possui limitações ou incapacidades físicas, psíquicas ou emocionais.

**Abandono**

Este tipo de violência está se tornando muito comum nos dias de hoje, o acúmulo de funções e atribuições da vida social e profissional que os familiares do idoso, em sua vida ativa e produtiva se encontram é a principal “desculpa” para que as pessoas se ausentem dos idosos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 2 - Tipos de agressões mais comuns ao idoso.**

As pesquisas dos últimos anos vêm mostrando o perfil dos agressores que cometem violência contra os idosos. Eles em sua maioria são da família, geralmente os filhos, seguidos de noras, genros e esposos, são dependentes financeiramente dos idosos, fazem uso de álcool e drogas, possuem algum tipo de distúrbio mental e já passaram por situações de violência familiar, como a infantil e conjugal. Quanto às vítimas, os idosos mais vulneráveis são os que estão com a sua autonomia comprometida e demandam cuidados diários: com déficit cognitivo, dificuldades de locomoção, incontinência urinária/fecal, entre outros aspectos (SOUZA; MINAYO, 2010).

Assim, a Estratégia de Saúde da Família pode colaborar na identificação do fenômeno, visto que está em constante contato com a comunidade, de forma a identificar os motivos dos maus tratos, a fim de facilitar o caminho certo para a

prevenção e o tratamento dos males causados e praticados contra os idosos. (ARAÚJO, 2013). O Quadro 3 a seguir mostra as principais dificuldades em identificar estas agressões durante a consulta de enfermagem.

### **Principais dificuldades em identificar agressões ao idoso durante a consulta de enfermagem**

A falta de preparo dos próprios profissionais, que não se sentem suficientemente capacitados para fazer uma abordagem ao idoso.

A falta de confiança entre o Enfermeiro e o paciente.

A dificuldade da vítima em entregar seus agressores por medo.

A dificuldade em identificá-los quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto a(s) vítima(s) quanto os profissionais.

Identificar as agressões psicológica, pois o estresse acaba desencadeando uma série de respostas ao organismo.

Falta de conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico.

Falta de iniciativa do idoso em denunciar.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

### **Quadro 3- Dificuldades em identificar as agressões aos idosos vítimas de violência doméstica na consulta de enfermagem.**

O enfermeiro e demais profissionais que lidam com este grupo e sociedade devem estar atento à escuta, observar o indivíduo, ter a responsabilidade de identificar, denunciar a agressão ao idoso, de forma a garantir os direitos humanos, tendo a responsabilidade e como respaldo profissional não permitir que tal negligência permaneça a acontecer, não permitir a conveniência ou a omissão é papel dos profissionais de saúde, visto que as notificações são formas da violência ganhar visibilidade e permitir uma maior criação de políticas públicas voltadas para a punição dos casos e prevenção (ARAÚJO, 2013).

As dificuldades em identificar as agressões durante a consulta de enfermagem ocorrem pela falta de conhecimento dos próprios enfermeiros, a confiança entre o profissional e vitima é de suma importância para a identificação dessas agressões. Em alguns casos os sinais de violência contra o idoso são difíceis de reconhecer por se assemelharem a questões relacionadas ao avanço da idade.

É necessária a criação de um vínculo entre profissional e vítima, para que desta forma o mesmo, consiga expressar o que está acontecendo, e assim tomar atitudes para tentar solucionar o problema, buscando apoio de toda uma equipe interdisciplinar para que assim os solucionar o problema, buscando apoio de toda uma equipe interdisciplinar para que assim os casos sejam esclarecidos e solucionados. Os dados também apontam que os profissionais sofrem com a dificuldade de rastrear os diferentes tipos de agressões, sendo que a física causa em sua maioria efeitos visíveis, tornando-se mais facilmente detectadas e atendidas, uma vez que o próprio funcionamento das unidades não favorece a identificação dos casos mais discretos de agressões (LIMA, 2014; WANDERBROOCK et al, 2013).

O Quadro 4 aponta as principais condutas de um enfermeiro frente a uma detecção de violência doméstica ao idoso.

#### **Condutas de um enfermeiro frente a violência doméstica contra o idoso**

Oferecer um acolhimento e atendimento humanizado.

Encaminhar para acompanhamento social e psicológico.

Desenvolver ações que neutralizem os agravos.

Apoiar o idoso caso ele deseje fazer registros policial do fato.

Auxiliar o idoso a estabelecer vínculo de confiança individual.

Encaminhar para atendimento clínico os casos de lesões graves, com necessidade de reabilitação.

Fazer visitas constantes para cuidado e acompanhar o caso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### **Quadro 4- As principais condutas de um enfermeiro frente a uma detecção de violência doméstica ao idoso.**

Merece destaque também a frequência com que os profissionais da enfermagem se deparam com agressões à pessoa idosa. Situação na qual profissionais devem mostrar preparo ético, capacidade de lidar com fatores psicossociais, para assim conseguir superar estas adversidades, juntos de profissionais de diversas áreas como o direito e também a assistência social. A partir da mudança cotidiana social, histórica e coletiva, podem-se citar também as mudanças familiares nas últimas gerações, sobre a percepção de se permanecer jovem por longas gerações. Os estudos demonstram através de dados epidemiológicos uma grande visibilidade sobre os diversos tipos de violências contra esse grupo etário, em



virtude de tal afirmativa ainda contra argumentam que mesmo sendo alarmante o número de violências contra os idosos ainda existe uma grande dificuldade de identificação dos casos de violência (RODRIGUES, et al., 2010; SHIMBO, 2011; WANDERBROOKE et al, 2013).

Assim, observa-se que os enfermeiros não devem fazer apenas o papel profissional, mas também servir para estas vítimas como apoio psicológico, social e moral, oferecendo acolhimento, confiança e cuidado. Os maus-tratos contra os idosos são determinados de acordo com a situação a eles imposta, como citado no quadro acima. Os agressores também tratam os idosos de forma hostil por não entenderem ou não terem paciência em ouvir o que os idosos querem dizer, muitas vezes os idosos contam histórias repetidas ou “inventam” algo, o que é produzido por sua mente confusa.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo teve como objetivo analisar em bases científicas o papel do enfermeiro no cuidado ao idoso vítima de violência doméstica e também contribuir para o desenvolvimento de futuros estudos direcionada a este tema. Diante dos resultados, este estudo aborda a falta de conhecimentos dos profissionais de enfermagem diante de situações de maus-tratos contra o idoso. Na maioria das vezes a agressão vem de pessoas da própria família ou pessoas próximas a ele, o abandono nos asilos, a falta de carinho, a pressão psicológica ao descaso também são formas de agressão.

Na consulta de enfermagem qualquer sinal e sintoma de agressividade devem ser vistos minuciosamente. Quanto aos tipos de maus-tratos, verifica-se na literatura os de natureza física, a violência doméstica, violência psicológica, abuso financeiro, seguido da negligência e abandono. O material selecionado para o estudo assegura que os maus tratos a idosos são comuns exigindo medidas tanto no meio clínico como no contexto social. Assim, faz-se necessário desenvolver políticas públicas e ações de saúde que expressem um compromisso maior com a ética e a defesa aos direitos dos idosos.

Destaca-se ainda a atuação do enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde, o qual deve estar atento quando atender um idoso vítima de ferimentos de qualquer natureza. Muitas vezes esse idoso pode omitir situações de maus tratos e

através do acolhimento realizado de forma adequada, é possível adquirir sua confiança e as informações necessárias para que seja atendido da melhor forma possível.

Assim, este artigo busca ainda despertar o interesse da sociedade e alertar contra os maus tratos e a negligência sofrida pelos idosos. É essencial dar subsídios aos profissionais de saúde para identificação, prevenção e intervenção de maus tratos contra os idosos, garantindo continuidade e resolutividade do caso promovendo uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F. D. A; ROMULO, E. A. D. C; ROCHA, A. D. Representações sociais na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**. v.1, n.25, p.203-12, 2012.

CASTRO, A. P. D; GUILAM, M. C. R.; SOUSA, E. S. S.; MARCONDES, W. B. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência e saúdecoletiva**. v.5, n.18, p.1283-292, 2013..

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health, Hoboken**, v. 10, n. 1, p. 10-11, 1987.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, Flávia Danielli Martins. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 219-224, set-dez, 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001

OLIVEIRA, A. A. V. D.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; FERNANDES, M. D. G. M.; SILVA, A. O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm.**, v.1, n.66, p.128-33, 2013.

PAIVA, M. M. D; TAVARES, D. M.D.S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Enferm.**, v.6, n.68, p.1035-41, 2015.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lúcia HisakoTakase; ALVAREZ, Angela Maria. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Tipos de violência contra o idoso**.

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/tipos-de-violencia-contr-o-idoso/62086>

REIS, L. A. D.; GOMES, N. P.; REIS, L. A. D.; MENEZES, T. M. D. O.; CARNEIRO, J. B. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. **Acta Paul Enferm.**, v.5, n.27, p.434-9, 2014.

RODRIGUES, Tatyanni Peixoto; MOREIRA, Maria Adelaide Silva P. et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 4, p.772-778, outdez, 2010.

SANTOS ACPO, et al. A construção da violência contra idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**; v.10, n1, p. 115-27, 2007.

SHIMBO, A. Y; LABRONICI, L. M; MANTOVANIS, M. D.F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**. v.3, n.15, p.506-10, 2011.

[http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a09v1\\_5n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a09v1_5n3.pdf)>. Acesso em: 17 de abr de 2016.

SOUZA E.R, MINAYO .M.C.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

WANDERBROOCKE, ANA CLÁUDIA; MORÉ, CARMEN. Significados de Violência Familiar para Idosos no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v.28, n. 4, p.435-442, out-dez, 2012.

WANDERBROOCKE, A. C. N. D. S; MORÉ, C. L. O. O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v.12, n.29, p.2513- 522, 2013.

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD**  
**NURSE'S ATTENTION TO THE HOME CARE SERVICE – SAD**

Priscilla Albuquerque de Lima<sup>1</sup>  
Priscila Bodziak Perez deCastro<sup>2</sup>  
Jancelice dos Santos Santana<sup>3</sup>  
Ana Lúcia de Medeiros<sup>3</sup>

**RESUMO**

Este estudo se trata da problematização envolvendo a atuação domiciliar na área de Enfermagem, pois os enfermeiros, de uma maneira geral, pouco se ouvem falar sobre o tema proposto, uma vez que é um assunto pouco abordado no meio acadêmico, mas que vem ganhando força e amplitude no debate, conforme a necessidade de

---

<sup>1</sup>Bacharelada do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP, e-mail: [priscillaedylson@hotmail.com](mailto:priscillaedylson@hotmail.com).

<sup>2</sup>Orientadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP, e-mail: [priscilabodziak@hotmail.com](mailto:priscilabodziak@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/3274791313965226>

<sup>3</sup>Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP

uma economia de custos e uma diminuição, sobretudo do tempo em que um paciente permanece no meio hospitalocêntrico. Apresentando conceitos e fundamentações dos serviços e ações, bem como as regulamentações inerentes a este tipo de atendimento, a análise do tema em questão tem por objetivo dar maior publicidade para que toda comunidade acadêmica e a sociedade possa ter um entendimento real e claro, acerca de como funciona o Atendimento Domiciliar (AD) e como o profissional de enfermagem se insere neste serviço. A metodologia utilizada tem como base a revisão, a exploração qualitativa da literatura assim como de artigos científicos relacionados ao tema. Foram mencionados o surgimento do serviço AD, estrutura e composição do mesmo, com ênfase sobre tudo, nas atribuições desenvolvidas pelo Enfermeiro no âmbito do atendimento domiciliar, junto a uma equipe multiprofissional, na qual o Enfermeiro exerce atribuições que se destacam, seja pelo domínio de técnicas e procedimentos, capacidade de gestão, administração e principalmente pelos atributos e aptidão para interagir e se posicionar no ambiente familiar, construindo laços de cooperatividade e boa convivência com o paciente e seus familiares e com toda a equipe, que na maioria das vezes será comandada por esse profissional, que vem ganhando maior espaço nessa modalidade assistencial, onde tem a oportunidade de demonstrar a versatilidade que possui um enfermeiro diante de qualquer desafio aliproposto.

**Palavras-chave:** Assistência em domicílio. Atuação de enfermagem. Enfermeiro domiciliar.

## **ABSTRACT**

This study deals with the problematization involving the domiciliary work in the area of Nursing, since the nurses, in a general way, do not hear about the proposed topic, since it is a subject little approached in the academic environment, but that has been gaining strength and scope in the debate, according to the necessity of cost savings and a decrease, especially of the time in which a patient remains in the hospitalcentric environment. Presenting concepts and foundations of services and actions, as well as the regulations inherent to this type of service, the analysis of the subject in question aims to give more publicity so that all academic community and society can have a real and clear understanding about how the Home Care (AD) works and how the nursing professional joins this service. The methodology used is based on the review, the qualitative exploration of the literature as well as scientific articles related to the theme. The emergence of the AD service, structure and composition of the same, with emphasis on everything, in the attributions developed by the Nurse in the scope of the home care, together with a multiprofessional team, in which the Nurse performs attributions that stand out, be it by the domain of techniques and procedures, management capacity, administration and especially the attributes and ability to interact and position themselves in the family environment, building ties of cooperativity and good coexistence with the patient and their families and with the whole team, which will most often be commanded by this professional, who has been gaining more space in this care modality, where he has the opportunity to demonstrate the versatility of a nurse in the face of any challenge proposed there.

**Keywords:** Home care. Nursing performance. Home nurse.

## **1 INTRODUÇÃO**

A assistência em enfermagem teve sua origem relacionada ao empirismo e aos costumes sociais, políticos e religiosos, que preponderaram em cada época da evolução histórica e cultural da sociedade. Como atividade inicialmente exercida no meio doméstico, desprezada e até marginalizada, a enfermagem trilhou um caminho de obscuridade e desvalorização ao longo dos séculos, passando pela fase do misticismo, pela fase medieval, pela fase religiosa até o início do sistema capitalista, aonde sua prática veio adquirir um caráter científico e independente, que se pode atribuir às grandes conquistas realizadas no século XIX na Inglaterra, graças ao trabalho realizado por Florence Nightingale que foi a protagonista no processo de reconhecimento da enfermagem como ciência autônoma e independente da medicina, fundando uma Escola de Enfermagem que serviu de modelo para as escolas que surgiram posteriormente, sendo um marco para que a enfermagem fosse reconhecida como uma categoria profissional (LEMPEK, 2012).

No Brasil, tal qual Florence Nightingale, obteve destaque a contribuição da enfermeira Ana Nery, onde a mesma improvisou a implantação de hospitais durante a guerra do Paraguai (1864-1870), rompendo preconceitos em uma época em que a mulher era vista de maneira limitada, em sua homenagem a primeira escola de enfermagem no Brasil recebeu o seu nome. Atualmente a enfermagem encontra-se estabelecida como uma profissão com bases científicas e técnicas rigorosas no tratamento e na assistência que é prestada ao público; com ampla área de atuação bem como um vasto leque de atribuições e competências que tornam esse profissional um grande articulador no processo de cuidar e também na aplicação e execução de estratégias em saúde.

No que trata a prática do enfermeiro no atendimento domiciliar constata-se um retorno em circunstâncias totalmente adversas das quais deram origem a prática da enfermagem, inicialmente a enfermagem não possuía um arcabouço científico sustentável, porém agora, o retorno deste profissional ao âmbito doméstico se dá de forma científica reconhecida e institucionalizada (LEMPEK, 2012; COFEN, 2013).

A amplitude das funções e das técnicas realizadas no domicílio se equiparam as mesmas utilizadas no ambiente hospitalar, como por exemplo: Aspiração, debridamento, passagem de sonda, bem como todos os cuidados de maior complexidade técnica, pois saber realizar a técnica é condição primordial para atuação do enfermeiro na AD (SILVA *et al*, 2014; COFEN, 2014).

De forma que toda uma gama de conhecimentos agora já adquiridos possa ser empregada no tratamento em prol de um maior conforto e recuperação eficiente daqueles que necessitam dos serviços de enfermagem no domicílio.

Considerando este contexto, foi criado o serviço de atendimento domiciliar, que representa um avanço na qualidade da assistência que é proporcionada neste ambiente, justamente por conciliar todas as características do cuidado que é prestado num ambiente hospitalar com a comodidade e o conforto do domicílio do paciente, garantindo qualidade de vida com a otimização dos recursos tecnológicos, fazendo com que diminua o índice de pacientes internos na rede hospitalar.

Atento a essas vantagens o Ministério da Saúde buscou aderir a essa modalidade de assistência criando o programa Melhor em Casa em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS). Onde o profissional de enfermagem se destaca mais uma vez, por demonstrar quão importante é a sua figura diante da necessidade no que se refere à qualidade do cuidado em domicílio (BRASIL, 2013).

Para maior entendimento sobre o tema iremos de forma breve relatar a origem do Atendimento Domiciliar, o surgimento e a abrangência do programa Melhor em Casa constituído pelo SUS e composição da equipe multiprofissional e dar maior ênfase a atuação do profissional de Enfermagem e sua importância no serviço de atenção domiciliar, onde o principal objetivo é dar maior publicidade à comunidade acadêmica e para que sociedade possa ter um esclarecimento claro e fidedigno a cerca do que é o atendimento em domicílio (AD), de que maneira funciona e como o profissional de enfermagem se faz tão presente e atuante nessa modalidade de assistência.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Aspectos gerais sobre a assistência do enfermeiro no serviço de atenção domiciliar**

O profissional de enfermagem vem se mostrando cada vez mais importante em diversificadas áreas, sendo considerado uma peça fundamental para assumir o papel de administrador nos serviços de saúde. Não é diferente no serviço de atenção domiciliar, pois segundo Silva "O enfermeiro assume um protagonismo, apresentando-se como uma peça primordial no processo do cuidado na atenção domiciliar, tanto pela intermediação que faz com os outros profissionais da saúde,

quanto pelo laço que constrói com os familiares e os demais usuários do serviço (SILVA, 2012, p. 505, apud LIMA 2018)”. É importante destacar que a função de liderança na administração e chefia exercida pelos enfermeiros nos diferentes SAD's, ocupam lugar de destaque na gestão do plano de cuidado, abrangem também, a logística dos serviços, assim como a mobilização de outros profissionais envolvidos no cuidado, orientando os mesmos e procurando prover os recursos necessários para o cuidado, mantendo a equipe harmoniosa, coesa e engajada com foco em prestar um atendimento técnico e ao mesmo tempo humanizado. Assim, a gerência do cuidado e da assistência é uma habilidade fundamental a ser desenvolvida no processo de formação do enfermeiro. “Quanto da gestão dos projetos terapêuticos, os enfermeiros revelam suas habilidades de raciocínio clínico e reforçam a autonomia de sua atuação” (SILVA *et al*, 2014).

O enfermeiro que escolher trabalhar no atendimento domiciliar deve ter a consciência da necessidade de ser um especialista técnico, um profundo conhecedor das variadas legislações e técnicas de enfermagem cientificamente aplicadas, detentor de variadas responsabilidades, mas também, deve saber de que é primordial que também obtenha domínio sobre as relações interpessoais, para que possa liderar uma equipe profissional e também possa obter empatia e colaboração do paciente e, sobretudo dos familiares e cuidadores, que serão parceiros no contexto do atendimento domiciliar, para que o enfermeiro possa exercer seu trabalho de maneira eficiente, segundo Angerami e Gomes (1996, *apud* SILVA *et al*, 2014, p. 27):

O preparo de enfermeiros para o desenvolvimento da assistência no domicílio é um desafio para todas as escolas de enfermagem de nível superior ou técnico. Pode se presumir que, para esse cenário, além da prestação de cuidados, a necessidade de formação de uma nova equipe de trabalho que terá como desafio lidar com pessoas em seu contexto familiar, exigindo profundo conhecimento e habilidades nas relações humanas além do preparo ético para decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam. Assim, no domicílio, o enfermeiro tem o papel de facilitador do processo de cuidar, incluindo a educação em saúde e o gerenciamento do caso do usuário e de seus familiares.

Podemos observar o quão essencial se torna o Enfermeiro quando o assunto é o cuidar e como se torna desafiador para o profissional ter que lidar com situações adversas e até mesmo inesperadas diante das circunstâncias vivenciadas por eles.



### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Utilizou-se uma metodologia de análise direta dos artigos científicos já então produzidos, para que em conjunto com o estudo da legislação atualizada que faz a regulação institucional e legal sobre o tema possamos trazer a tona uma visão mais abrangente, real e fidedigna no que se trata o serviço prestado pelo profissional de enfermagem no âmbito domiciliar (SILVA *et al*, 2014).

Nas fontes de pesquisa foram utilizadas as bases de dados do Google Acadêmico e Sites eletrônicos do Ministério da Saúde e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) com objetivo de filtrar publicações científicas a partir das descrições: Atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar, atenção domiciliar, enfermagem e atendimento em *home care*; a pesquisa foi realizada durante o primeiro e segundo semestre de 2018.

Para a seleção dos artigos, o critério utilizado foi a presença da temática alvo de análise, no título ou no resumo, e que estivesse disponível na íntegra e no idioma português. Para organização das informações contidas nas publicações encontradas foram coletados os dados, contendo a referência, objetivos, resultados principais, as considerações finais dos trabalhos pesquisados. Na análise das informações coletadas, o estudo utilizou a técnica de análise proposta por Bardin (2009) das etapas:

- 1) A pré-análise, onde é realizada a organização e leitura flutuante do material;
- 2) A exploração do material, com referência às produções científicas registradas;
- 3) Interpretação dos conteúdos e debate dos conteúdos. Contudo, tudo que foi analisado foi incorporado e diluído ao texto, para que assim fosse alcançado os objetivos esperados pela pesquisa. Os dados foram analisados qualitativamente conforme a literatura pesquisada sobre o assunto.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As referências selecionadas e analisadas no presente estudo reuniram um total de vinte (20) publicações, sendo treze (13) artigos científicos, três (03) livros publicados, uma (01) Lei federal, duas (02) Portarias do Ministério da saúde e um (01) manual do

Ministério da Saúde conforme pode ser observado no **Quadro 01**. Observa-se que o maior número de referências se deu entre os anos de 2010 e 2016 com um quantitativo de quatorze (14) referências (65,27%), mostrando assim o aumento de produções sobre essa temática nos últimos anos.

| REFERÊNCIA                                 | TÍTULO                                                                                                          | TIPO DA PUBLICAÇÃO                                | ANO  |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|
| ANGERAMI ELS, GOMES DLS                    | Home care: configuring the care model and joining different interests/needs in the care sector.                 | Artigo da Rev latino-am enfermagem                | 1996 |
| AMARAL, Nilcéia Noli do. et al.            | Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): Sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual: | Artigo da Rev. Neurociências                      | 2001 |
| BRASIL                                     | Lei 10.424/2002 – Regulamenta a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.                               | Lei de regulamentação                             | 2002 |
| SARMENTO, George Jerre Vieira.             | Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico: Rotinas Clínicas                                                 | Livro                                             | 2005 |
| FRANCO, et al.                             | Atenção domiciliar na saúde suplementar dispositivo da reestruturação produtiva.                                | Artigo da Revista Ciênc. saúde colet.             | 2008 |
| LACERDAe et al                             | Estratégias para avanços na prática do cuidado.                                                                 | Artigo da Cogitareenferm.                         | 2010 |
| SILVA, Kênia Lara e et al                  | Atenção Domiciliar como mudança no modelo tecnoassistencial.                                                    | Artigo da Rev saúde pública                       | 2010 |
| TANNURE, Meire Chucre, Ana Maria Pinheiro. | Sistematização da Assistência de Enfermagem . Rio de Janeiro, RJ                                                | Livro                                             | 2010 |
| LEMPEK, Isadora da Silva                   | História da Enfermagem                                                                                          | Artigo publicado na web                           | 2012 |
| MALAGUTTI, William.                        | Assistência Domiciliar: Atualidades da Assistência de Enfermagem                                                | Livro                                             | 2012 |
| SILVA, Kênia Lara e et al                  | Serviço de Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar e a inserção da Enfermagem em Belo Horizonte/MG.             | Artigo da Revista Acta paul. enferm. vol. 25 no.3 | 2012 |
| ANDRADE, Angélica Mônica; et al            | Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura.                             | Artigo da Revista Brasileira de enfermagem        | 2013 |
| BRASIL                                     | Caderno de Atenção Domiciliar /                                                                                 | Manual do                                         | 2013 |

|                                 |                                                                                                                                            |                                              |      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------|
|                                 | Secretaria de Atenção a Saúde<br>Departamento de Atenção Básica                                                                            | Ministério da Saúde                          |      |
| COREN MT, COFEN                 | Quais as devidas funções dos enfermeiros, do técnico de enfermagem e do auxiliar em enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria. | Artigo publicado no site do COFEN            | 2013 |
| GARCIA, Renato Saldanha Freitas | História Do Home Care No Brasil                                                                                                            | Artigos da web                               | 2014 |
| RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014    | Conselho Federal de Enfermagem                                                                                                             | Resolução de regulamentação                  | 2014 |
| SILVA, Kênia Lara e et al       | ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR: implicações para o processo de formação                                          | Artigo da Revista Científica Cuidado e Saúde | 2014 |
| SILVA, Ana Karla Gomes e et al  | As Atribuições do Enfermeiro na Assistência Domiciliar                                                                                     | Artigo publicado na web                      | 2015 |
| BRASIL                          | Portaria nº 825/2016 – Reorganiza o atendimento domiciliar                                                                                 | Portaria de regulamentação                   | 2016 |
| MELLO, Amada de Lemos e et al   | Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – home care                                                               | Artigo da Revista Enfermagem em Foco         | 2016 |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 01: Distribuição dos artigos pesquisados segundo referência, título, tipo e ano da publicação.**

Conforme os achados na literatura, o termo atendimento domiciliar, muito conhecido como Home Care, teve sua origem no Brasil no ano de 1949 no Rio de Janeiro, de maneira inexpressiva, as primeiras referências remetem ao Serviço de Assistência Médica Domiciliar (Samdu). Em 1968, na cidade de São Paulo, o Hospital do Servidor Público Estadual implanta um serviço de estruturação no atendimento domiciliar, pensando em diminuir a permanência naquele hospital (GARCIA, 2014).

O crescente aumento da necessidade do atendimento nos hospitais e do elevado número de internações acabou despertando o interesse, tanto no setor privado quanto no público, por alternativas menos dispendiosas no que se refere ao tratamento de seus pacientes, o atendimento domiciliar passou ser visto como uma opção para viabilizar a desobstrução nos hospitais e clínicas, além de diminuir o tempo de permanência desses pacientes no ambiente hospitalar; o crescimento

tecnológico trouxe um aumento no custo da saúde, dificultando e encarecendo o acesso à rede privada e sobrecarregando o setor público. Assim sendo, ambos os setores começam a buscar alternativas de gestão para atender seus usuários e inicia o aparecimento da assistência domiciliar (SARMENTO, 2005).

O interesse em uma redução nos custos e na melhoria da qualidade do atendimento tem fomentado o aumento do debate envolvendo a temática do Atendimento Domiciliar, para Malagutti (2012) o setor de assistência domiciliar ocupa um papel importante nas discussões das políticas de setores privados e públicas no mundo. Mesmo jovem, no Brasil, o atendimento domiciliar (Home Care) está em franco crescimento: em demanda de serviço; no aumento no número de pesquisas e estudos; no desenvolvimento industrial no que diz respeito à saúde do nosso país (MALAGUTTI, 2012).

Esse crescimento é notável e demonstrado em estudos, onde fica claro a multiplicação da internação domiciliar no setor privado e o do maior investimento na modalidade do atendimento domiciliar no setor público, como explicam os autores que se seguem: o setor de Atendimento Domiciliar no Brasil tem crescido muito no setor privado, que passou de cinco em 1995 para um número superior a cento e oitenta no ano de 1999 (AMARAL *et al*, 2001).

É evidente para Sarmento (2005) a nítida diferença do setor público para o setor privado na abordagem da assistência domiciliar. O setor público enfatiza o atendimento domiciliar já o setor privado, atua mais na internação domiciliar. No atendimento público (SUS), existe toda uma regulamentação para definir como se dará o atendimento (BRASIL, 2013).

Apesar da existência de algumas alternativas que disponibilizaram a assistência domiciliar, como por exemplo, as primeiras experiências municipalizadas que reorganizaram os modelos assistenciais do SUS nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's); foi com a sanção da lei 10.424/2001, que se estabeleceu no âmbito do SUS o programa de internação domiciliar (PID) e o atendimento domiciliar (AD), podendo ser considerada o marco formal para a criação dessa modalidade de serviço no âmbito do SUS. A referida lei, veio acrescentar um novo capítulo (Capítulo VI, art. 19 I) à lei N.º 8.080/1990, na qual foram estabelecidas as primeiras diretrizes que regulamentam o IPD e o AD (BRASIL, 2013).

Logo após a entrada em vigor da Lei 10.424/2001, o Ministério da Saúde, passou a editar sucessivas regulamentações através de portarias que

regulamentavam de maneira muito taxativa o serviço de atendimento domiciliar, a primeira delas foi a portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011, dando título de “MELHOR EM CASA” ao programa de AD. Em 2013, surge a portaria nº 963 redefinindo novamente a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde; contudo, houve nova atualização sobre o programa de atenção domiciliar em 2016, através da portaria nº 825/2016, que de maneira muito taxativa, estabelece todas as questões referentes ao AD, abordando questões mais variadas possíveis, definindo nas disposições gerais os conceitos e as diretrizes, organização as modalidades do atendimento domiciliar, e por fim, descrevendo sobre a habilitação do serviço de atendimento domiciliar e o seu Financiamento (BRASIL, 2016). De forma sucinta serão explorados alguns conceitos, objetivos e diretrizes, assim como a organização e estruturação das equipes, por considerar que tais informações ainda são muito pouco exploradas e por esse motivo, não são de conhecimento amplo da sociedade e nem da maioria das pessoas que labutam no SUS, para em seguida focalizarmos a atenção nas funções do Enfermeiro em meio esse tipo de serviço.

A portaria nº 825/2016 do ministério da Saúde, descreve ATENÇÃO DOMICILAR como nova modalidade de atenção à saúde integrada as Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados; Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); Cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá (ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

Os objetivos do SAD são: Tanto a redução do atendimento hospitalar, como a redução do tempo de permanência de usuários internados; humanização da atenção a saúde, ampliando a autonomia dos usuários, desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais do RAS (BRASIL, 2016).

As diretrizes de maneira sucinta, revelam que o serviço de atenção esta

inserido na Rede de Atenção em Saúde (RAS) e articulado com outros serviços de atenção à saúde, cuja os princípios são: ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência na perspectiva da RAS, de maneira que a assistência seja não fragmentada e baseada nas necessidades do paciente, os membros das equipes devem trabalhar em conjunto e estimular a participação do usuário, de sua família e do cuidador em uma ação integrada. (BRASIL,2016).

Quanto à composição das equipes SAD do Programa Melhor em Casa, configuram-se da seguinte maneira: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que podese constituir como: EMAD Tipo 1 ou EMAD Tipo 2: que é quando entra a Equipe Multiprofissional de Apoio denominada EMAP. A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. A EMAD é composta por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta e auxiliares ou técnicos de enfermagem, já a EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações de assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional (BRASIL,2016).

As modalidades assistenciais são definidas como Atenção Domiciliar 1 (AD1), Atenção Domiciliar 2 (AD2) e Atenção Domiciliar 3 (AD3). A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso (BRASIL,2016).

Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação; afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL,2016).

Na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por

exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL,2016).

A utilização do domicílio como espaço para o atendimento dos pacientes representa uma mudança no sistema de atendimento, buscando uma racionalização e redução de custos, no qual a participação da família significa uma inovação ao modelo hospitalocêntrico e ao mesmo tempo, requer que os profissionais de enfermagem, sobretudo, o enfermeiro, se especializem na busca de conhecimento interpessoal para que possa lidar com os clientes em atendimento domiciliar (AD); Silva et al (2010, p.2), ao falar sobre as mudanças no modelo de atenção domiciliar, destaca que o novo modelo “inova formas de cuidar com ênfase no usuário e em sua família, na tentativa de superar a crise no modelo hospitalocêntrico” (SILVA et al, 2010).

Contudo, segundo Andrade (2013, p. 211),

Há uma fragilidade na formação dos profissionais de enfermagem, para atuação no domicílio, uma vez que prevalece o modelo de ensino biomédico, com cuidado centrado na doença e não no sujeito, prevalecendo o ensino focado no âmbito hospitalar.

A crítica realizada pelo referido autor, se fundamenta na necessidade de maior aprofundamento no tocante a atuação do enfermeiro, necessitando de uma melhor e maior preparação à nível das instituições de ensino superior. A atuação do enfermeiro no atendimento domiciliar merece destaque, por tratar-se de uma função primordial, tanto no gerenciamento e coordenação, como na assistência aos pacientes, além disso, é exigido ao enfermeiro que se tenha de fato habilidades que não se limitam ao simples conhecimento técnico e administrativo, mas que sejam capazes de proporcionar empatia, gerando dessa maneira, atitudes colaborativas e cooperativas não apenas entre os profissionais que compõem sua equipe, mas também entre pacientes e cuidadores; isso é primordial para que o plano de ação ao paciente funcione de maneira plena e traga ótimos resultados. Segundo Silva et al (pág. 412, 2012), a inserção do enfermeiro no atendimento domiciliar está associada com sua habilidade em exercer diferentes atividades (gestão, supervisão, procedimentos, identificação de e situações de risco ou vulnerabilidade, articulação dialógica com a família, entre outros).

No que se refere à prática do enfermeiro na assistência em AD, segue o modelo da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que é o guia do

profissional de enfermagem na prática de cuidados, onde são seguidas seis (6) etapas que fará com que os enfermeiros identifiquem as necessidades e demanda do paciente priorizando reestabelecer a saúde do usuário. Essas etapas são compostas por: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento dos resultados esperados; implementação da assistência e prescrição de enfermagem; evolução da assistência de enfermagem e prognóstico de enfermagem (SILVA et al, 2010).

O histórico de enfermagem se dá realizando a anamnese do paciente de forma holística e humanizada, sendo fundamental a realização do exame físico, onde são utilizadas as técnicas de inspeção, palpação, ausculta e percussão. Será investigado histórico familiar do paciente na tentativa de prevenir outras patologias pré-dispostas. No diagnóstico de enfermagem é feito um estudo e análise dos dados coletados anteriormente para a formulação desse diagnóstico que deverão ser elaborados conforme a NANDA. Em seguida o enfermeiro fará o planejamento dos resultados esperados de acordo com os diagnósticos estabelecidos anteriormente, para assim então direcionar os cuidados que deverão ser realizados o paciente. A implementação e prescrição de enfermagem ocorrem mediante elaboração dos resultados esperados para o diagnóstico determinado. Após dar início aos cuidados formulados pelo enfermeiro deverá ser feita as evoluções do paciente registrando a situação clínica do paciente e tudo o que ocorrer durante esse cuidado com o objetivo de observar as respostas positivas ou negativas ao tratamento do mesmo. O prognóstico é a etapa final da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), que indicará o estado de saúde do paciente, se está pronto para alta e se o mesmo pode realizar o autocuidado (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Caso o que se espera na evolução positiva do paciente não ocorra, a equipe multiprofissional deverá fazer uma reavaliação podendo ocorrer mudanças com novos diagnósticos e prescrições (SILVA et al, 2015).

Além de ser o responsável por gerenciar a assistência de enfermagem, organizar o cronograma semanal de visitas e atendimentos, avaliar possíveis admissões inserindo pacientes no serviço AD do Programa Melhor em Casa (SUS), o enfermeiro também tem por função administrar o serviço de forma geral se responsabilizando por toda demanda burocrática e funcional do SAD(SUS).

É notória a importância do enfermeiro no que trata a assistência domiciliar, justamente por ser um profissional versátil diante à demanda das ações a serem



realizadas neste serviço.

Além dos cuidados de enfermagem e da prestação dos serviços, o enfermeiro tem como desafio, coordenar uma equipe preparada para lidar com pessoas no contexto familiar, exigindo que o profissional tenha um ótimo conhecimento e habilidades de relações humanas, para lidar com os mais variados contextos que se apresentam no ambiente familiar. Assim, o enfermeiro tem o papel de facilitador no processo de cuidar, incluindo a educação em saúde e o gerenciamento do caso do usuário e de seus familiares. O enfermeiro assume, além da prestação direta do cuidado, a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e treinamento do cuidador domiciliar, a função como referência na elaboração e gestão do projeto terapêutico dos usuários, responsabilizando-se por mobilizar outros profissionais para a assistência (LACERDA, 2010; SILVA *et al*, 2014).

Dessa forma, pode-se constatar o enfermeiro como um papel central e fundamental no cuidado no ambiente familiar, algumas ações inclusive, são de responsabilidades quase que exclusivas dos enfermeiros, como o treinamento dos cuidadores, supervisão dos técnicos de enfermagem e a percepção da necessidade de outros profissionais de saúde ao definir os planos de cuidado e etc. é esse protagonismo, que destaca a relevância desse profissional, pois suas funções são de extrema importância no atendimento domiciliar, exigindo habilidades e responsabilidades de maior amplitude. O enfermeiro apresentou-se como figura central no processo de produção do cuidado na atenção domiciliar, seja pela intermediação que faz com os demais profissionais, seja pelo vínculo que constrói com a família e os usuários (FRANCO, 2008).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A enfermagem, como o passar do tempo, tornou-se uma área independente, com seu campo de atuação amplamente reconhecida no meio científico. No entanto, o tema abordado neste artigo tratou-se de uma modalidade que vêm ganhando força no estudo acadêmico ao reforçar a importância do profissional de enfermagem no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e como essa modalidade de assistência vem ganhando espaço, inclusive sendo inserido ao Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando melhor qualidade de vida aos usuários, trazendo dignidade e confiança aos mesmos e agregando valores à qualificação do cuidado.

Desta forma, de acordo com o que foi pesquisado e analisado, a atuação do enfermeiro no SAD se faz extremamente necessário, notando-se uma preocupação maior deste profissional no que se refere à forma humana de tratar o outro, entender a sua dor e principalmente em como ganhar a confiança daqueles que abrem suas portas em busca de alguém que traga uma solução ou alívio de suas enfermidades, sejam elas físicas ou da alma, para que assim possam obter o resultado esperado à uma melhor condição clínica do paciente.

Assim, pode-se concluir que o atendimento domiciliar, é uma modalidade que abre novas oportunidades de atuação para o enfermeiro, contudo, trazem mais responsabilidades e atribuições, que exigem que o tema seja mais explorado e aprofundado no meio acadêmico, trazendo maior conhecimento e aprimorando a qualidade intelectual deste profissional no que diz respeito à assistência domiciliar, explorando vários aspectos importantes da participação do enfermeiro neste serviço onde é notória a versatilidade do profissional de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Nilcéia Noli do; *et al.* Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): Sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. In: **Rev. Neurociências** 9(3): 111 – 117, 2001.

ANDRADE, Angélica Mônica; *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2013; 70(1): 199- 208.

ANGERAMI ELS, GOMES DLS. Home care: configuring the care model and joining different interests/needs in the care sector. **Rev latino-am enfermagem**. 1996 Jul; 4(2): 522.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**, v. 2. Brasília: MS/SAS/DAB, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 825/2016**: Reorganiza o atendimento domiciliar. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso: 20 abr. 2018.

BRASIL, Portal da **Lei 10.424/2002**: Regulamenta a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10424.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm).

Acesso: 26 set. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Portal do. **RESOLUÇÃO COFEN Nº0464/2014**. Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014\\_27457.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html)>. Acesso: 12 jun. 2018.

COREN, COFEN MT. **Quais as devidas funções dos enfermeiros, do técnico de enfermagem e do auxiliar em enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria**, 02 de abr. de 2013. Disponível em: <[http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias\\_698.html](http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html)>. Acesso: 20 set. 2018.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar dispositivo da reestruturação produtiva. In: **Ciênc. saúde colet.** 2008 out.; 13(5):1511-20.

GARCIA, Renato Saldanha Freitas. **História do home care no Brasil**. Disponível em:<<https://www.webartigos.com/artigos/a-historia-do-home-care-no-brasil/120711/>>. 22 abr.2014. Acesso: 15 mai. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.  
LACERDA, M. R.; *et al.* Estratégias para avanços na prática do cuidado. In: **Cogitareenferm.** 2010 out-dez.; 15(4):609-15.

LEMPEK, Isadora da Silva. **História da Enfermagem**. Disponível em: <https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Hist%C3%B3ria-Da-Enfermagem/338431.html>. 03 set. 2012. Acesso: 21 mar. 2018.

MALAGUTTI, William. **Assistência Domiciliar**: Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

MELLO, Amada de Lemos.; *et al.* Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – home care. In: **Revista Enfermagem em Foco**, 2016: 7 (1): 66-70.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**. Paracambi: Faetec/ist, 2007.

SARMENTO, George Jerre Vieira. **Fisioterapia Respiratória no Paciente Crítico**: Rotinas Clínicas. Barueri SP: Manole, 2005.

SILVA, Kênia Lara.; *et al.* Serviço de Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar e a inserção da Enfermagem em Belo Horizonte/MG. In: **Acta paul. enferm.** v. 25 n. 3, São Paulo 2012.

SILVA, Kênia Lara.; *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. In: **Rev. saúde pública**, 2010 fev.; 44(1):16676.

SILVA, Kênia Lara.; *et al.* Atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. In: **Revista Científica Cuidado e Saúde**, junho/setembro, 2014.

SILVA, Ana Karla.; *et al.* **As Atribuições do Enfermeiro na Assistência Domiciliar**. Disponível em: <[http://revista.fng.edu.br/.../7%20-%20AS%20ATRIBUIÇÕES%20DO%20ENFERMEIRO%](http://revista.fng.edu.br/.../7%20-%20AS%20ATRIBUIÇÕES%20DO%20ENFERMEIRO%20)> 2015. Acesso: 15 set. 2018.

TANNURE, Meire Chucre.; Ana Maria Pinheiro. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2010.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO: Revisão de Literatura**

### **NURSE'S ACTIVITIES IN THE SURGICAL CENTER: Literature review**

Antônia Martins Sabino Neta da Silva  
Teresa Cristina de Albuquerque Leal  
Suzana Araújo de Macêdo  
Alysson Kennedy Pereira de Souza

## **RESUMO**

O Centro Cirúrgico (CC) é compreendido como um local singular em uma instituição hospitalar, onde requer cuidados específicos, haja vista que, é neste setor que são realizados os mais diversos tipos de cirurgias, sejam elas de emergências ou eletivas, como também é reservado para recuperação pós-anestésica imediata. Destaca-se que o enfermeiro atualmente tem desenvolvido um papel fundamental no CC, assumindo responsabilidade dos cuidados de saúde e gerenciando sua equipe com propósito de organizar o trabalho, bem como os recursos humanos de enfermagem, assegurando uma assistência de qualidade aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos. O objetivo desse estudo foi descrever a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico através de uma revisão bibliográfica atual brasileira, realizada no segundo semestre de 2018. Constituiu-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica com abordagem descritiva. Diante dos achados da pesquisa, podemos evidenciar que o CC é um local de ampla complexidade e especificidades, e que necessita de profissionais capacitados para atuarem em seu âmbito. Nesta perspectiva, o enfermeiro como profissional que compõe a equipe multidisciplinar do centro cirúrgico, aparece nos estudos como o

responsável pelos os cuidados específicos do paciente no aspecto assistencial, bem como no aspecto gerencial com a principal finalidade de organizar o trabalho.

**Palavras-chave:** Atuação. Enfermagem. Centro Cirúrgico.

## **ABSTRACT**

The Surgical Center (CC) is understood as a singular place in a hospital, where it requires specific care, since it is in this sector that the most diverse types of surgeries are performed, be they emergencies or electives, for immediate postanesthetic recovery. It should be highlighted that nurses currently have developed a fundamental role in the CC, taking responsibility for health care and managing their staff with the purpose of organizing work, as well as the human resources of nursing, ensuring quality care for patients undergoing procedures surgical. The aim of this study was to describe the nurses' performance in the surgical center through a current Brazilian bibliographical review, held in the second half of 2018. It consisted of a research of the bibliographic type with descriptive approach. Given the findings of the research, we can show that CC is a place of wide complexity and specificities, and that it needs professionals qualified to act in its scope. In this perspective, the nurse as a professional who makes up the multidisciplinary team of the surgical center appears in the studies as responsible for the specific care of the patient in the assistance aspect, as well as in the managerial aspect with the main purpose of organizing the work.

**Key-words:** Acting. Nursing. Surgery Center.

## **1 INTRODUÇÃO**

O Centro Cirúrgico (CC) é compreendido como um local singular em uma instituição hospitalar, onde requer cuidados específicos, haja vista que, é neste setor que são realizados os mais diversos tipos de cirurgias, sejam elas de emergências ou eletivas, como também é reservado para recuperação pós-anestésica imediata. Desta forma ele é apresentado como um dos setores mais complexo de uma instituição hospitalar, não apenas por suas especificidades, mas também por ser um lugar fechado, que requer dos profissionais um cuidado diferenciado, necessitando dessa forma de um conhecimento maior sobre as competências técnicas, os recursos materiais, além de maior contato com o paciente, redobrando os cuidados ofertados (CABRAL et al, 2016).

A enfermagem desde os primórdios tem participação efetiva no CC, porém antigamente essa participação se limitava apenas nas áreas instrumentais, atendimento a solicitação da equipe médica, e as ações sobre o antes e depois do processo anestésico. Com o passar dos tempos essa assistência mudou, juntamente

com a evolução das cirurgias o enfermeiro precisou também evoluir na assistência prestada ao paciente no CC, com base em fundamentos científicos criou sua própria identidade neste setor hospitalar (FONSECA; PENICHE, 2009).

Tobin (2017) destaca que o enfermeiro atualmente tem desenvolvido um papel fundamental no CC, assumindo responsabilidade dos cuidados de saúde e gerenciando sua equipe com propósito de organizar o trabalho, bem como os recursos humanos de enfermagem, assegurando uma assistência de qualidade aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos. Para tal, o autor enfatiza que o enfermeiro gerencial necessita de conhecimento sobre organização, estrutura e processos que serão desenvolvidos no setor.

Ainda de acordo com o autor supracitado, o enfermeiro além de gerenciar a equipe de enfermagem no CC, é o responsável pelo acompanhamento do paciente no período transoperatório, onde precisa fazer o levantamento dos dados do paciente, desenvolver e implementar plano de cuidado, avaliar os cuidados destinados aos pacientes, entre outros. Desta forma fica claro que o enfermeiro ocupa diferentes posições no CC, desde a de coordenador até a posição de assistencial.

O enfermeiro que atua no CC tem como responsabilidade acompanhar o paciente em todas as etapas do seu perioperatório, com foco em suprir as necessidades do paciente. Sua classificação é dividida em duas: a de coordenador ou gerencial e de assistencial. A Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico (SOBECC) traz como recomendação, que o enfermeiro seja especialista para atuar nesta área. É essencial que no ambiente, exista por parte não apenas do profissional de enfermagem, mas por toda equipe multidisciplinar a humanização (SANTOS et al, 2018).

A atribuição do enfermeiro tem se configurado mais complexo em seu cotidiano no CC, necessitando a integração de várias atividades desde a administrativa até a assistencial. Nesta integração de atividades destaca-se o relacionamento interpessoal, o que muitas vezes se torna de difícil acesso por ser um setor estressante, e totalmente fechado. Desta forma o enfermeiro atuante no CC deve se preocupar com o cuidado direcionado ao paciente de forma humanizada desafiando as dificuldades apresentadas sobre as inúmeras ações a serem desenvolvidas dentro desse setor tão específico (FONSECA; PENICHE, 2009).

Com base em tais afirmativas, é interessante que o enfermeiro que atue no CC esteja adaptado ao setor e confiante de suas ações, que estão ligadas diretamente aos

procedimentos realizados. Motivada pela experiência da pesquisadora como técnica de enfermagem no CC, surgiu o interesse pelo tema apresentado, haja vista, que durante o tempo de atuação nessa área pude constatar que o enfermeiro é peça fundamental para o desenvolvimento desse setor e que sua atuação deve ser dinâmica e direcionada a segurança e a assistência integral do paciente.

Perante o exposto, podemos observar que o enfermeiro que atua no CC é incumbido de diversas ações nesse setor, e que precisa organizar seu cotidiano para que em meio as mais diversas incumbências, possa prestar um atendimento qualificado e seguro ao paciente que é a prioridade desse profissional. Desta forma, essa pesquisa partiu da seguinte problemática: Como a literatura atual apresenta a atuação do enfermeiro no centro cirúrgico?

Para responder esse questionamento, o objetivo geral desse estudo foi descrever a atuação do enfermeiro no CC através de uma revisão bibliográfica atual brasileira, com os seguintes objetivos específicos: identificar publicações brasileiras que abordem o tema apresentado; discutir a importância do CC no ambiente hospitalar e descrever a atuação do enfermeiro no CC nas áreas gerencial e assistencial.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Constituiu-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica com abordagem descritiva. A pesquisa bibliográfica segundo Martins e Pinto (2001), procura discutir e explicar sobre um determinado tema tendo como base referências teóricas publicadas em livros, artigos, revista, entre outros. Desta forma, esse tipo de pesquisa tem o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito sobre o tema pesquisado.

Sobre a abordagem descritiva Gil (2008) coloca que, esse tipo de abordagem tem como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Neste estudo foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema proposto: atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, nas principais bases de dados da área da saúde como, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online

(SCIELO) que servirão como instrumento para a coleta dos dados, a partir dos seguintes descritores: Enfermagem; Centro Cirúrgico; Atuação. A pesquisa foi realizada no período do segundo semestre de 2018.

A seleção foi feita de forma criteriosa dos artigos, teses e dissertações encontradas na base de dados, foi selecionada apenas as publicações que correspondam os critérios de inclusão do estudo que são eles: publicação que responda ao objetivo do estudo; no período de 2008 a 2018; no idioma de português e com o trabalho completo. Após a coleta dos dados, foi realizada uma leitura de todo o material, selecionando as principais informações de cada publicação. Em seguida foi realizada uma análise descritiva das mesmas buscando estabelecer um maior conhecimento sobre o tema abordado.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca para consolidação desse estudo resultou em 15 (quinze) publicações, todas publicadas em revistas na área da saúde. O ano de 2017 apresentou o maior número de artigos publicados com 4 (quatro) publicações, (Quadro 1), correspondendo assim 26% das publicações incluídas no estudo.

| AUTOR/ANO                                                                                           | TÍTULO                                                                                                                        | PERÍODICO                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ALMEIDA A. N. F;<br>GURGEL, E. R. S; SILVA,<br>S. R./2014.                                          | Qualidade de vida dos<br>profissionais de<br>enfermagem de um centro<br>cirúrgico.                                            | Revista Brasileira de<br>Qualidade de Vida. |
| BOTELHO, J. VELOSO, G.<br>B. L. V, FAVERO, L/2013.                                                  | Sistematização da<br>assistência de enfermagem:<br>o conhecimento da equipe<br>de enfermagem de um<br>centro cirúrgico.       | Enferm. Foco.                               |
| CABRAL, N. B; PAIVA, T.<br>S; VITORIO, A. M. F;<br>BARBOSA, B. L/2016.                              | Relato de Experiência:<br>Atuação do Enfermeiro no<br>Centro Cirúrgico na<br>Perspectiva de Estudantes<br>de Enfermagem.      | Revista Rede de Cuidados<br>em Saúde.       |
| FONSECA, R. M. P;<br>PENICHE, A. C. G/2009.                                                         | Enfermagem em centro<br>cirúrgico: trinta anos após<br>criação do Sistema de<br>Assistência de Enfermagem<br>Peri operatória. | Acta Paul Enferm.                           |
| MENDONÇA. E. T; LOPES,<br>J. M; RIBEIRO, L; SÁ, F. B.<br>B.; OLIVEIRA, D. M;<br>SALGADO, P. O/2016. | Concepções de Técnicos de<br>Enfermagem Acerca da<br>Humanização da<br>Assistência em Centro<br>Cirúrgico.                    | R. Enferm. Cent. O. Min.                    |



|                                                                                   |                                                                                                            |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| RIBEIRO, M. B; JUNIOR COELHO, T. P; BALDAM, R. M; CÔ, F. A; ZORZAL, F. M. B/2009. | Processos em Centro Cirúrgico: Desafios e Propostas de Solução.                                            | Engep.                                               |
| RIEGEL, F; OLIVEIRA JUNIOR, N. J/2017.                                            | Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico.                      | Cogitare Enferm.                                     |
| SALBEGO, C; et al./2015.                                                          | Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico.                                                | Rev Rene.                                            |
| SANTOS, Y. M. O. et al./2017.                                                     | O Processo de Enfermagem na reorganização da assistência de um Centro Cirúrgico: um relato de experiência. | Unit: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM.       |
| SANTOS, R. dos et al./2018.                                                       | A Atuação do Enfermeiro No Centro Cirúrgico.                                                               | Gep News                                             |
| SILVA, C. D.; ALVIM, T./2010.                                                     | Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem.    | Revista Brasileira de Enfermagem.                    |
| STUMM, E. M. F. et al./2009.                                                      | Ações do Enfermeiro na recepção do Paciente em Centro Cirúrgico.                                           | REME - Rev. Min. Enferm.                             |
| TOBIN, F. S. et al./2017.                                                         | Relato de Experiência de Uma Acadêmica de Enfermagem em Centro Cirúrgico.                                  | Anais da XXII Semana Acadêmica De Enfermagem – UEMS. |
| TEIXEIRA, C. M. S; ABRUCEIS, P. J; CICONHA, W. D. /2011.                          | Centro Cirúrgico: Compreendendo sua Estrutura e Organização.                                               | Revista Inesul.                                      |
| VARGAS, E. de et al./2017.                                                        | Qualidade de Vida no Trabalho da Enfermagem: Influência De Cargas Físicas no Trabalho em Centro Cirúrgico. | Congrega – Urcamp.                                   |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1** –Distribuição das publicações selecionadas para o estudo conforme autor/ano, título e periódico.

Concluídas as etapas de análise dos artigos selecionados, surgiram como unidades temáticas:

Os aspectos gerais do centro cirúrgico, onde é abordado os conceitos dessa unidade hospitalar, sua complexidade e importância, bem como sua organização estrutural que é fundamental para um atendimento de qualidade.

A segunda unidade é intitulada como atuação do enfermeiro no centro cirúrgico, nessa unidade especificamos de acordo com os estudos analisados o papel do

enfermeiro nesse setor, e quão importante sua atuação e qualificação na assistência aos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos, nas áreas gerencial e assistencial.

### 3.1 ASPECTOS GERAIS DO CENTRO CIRÚRGICO

Nessa unidade, foram encontrados nas análises dos estudos pesquisados alguns conceitos em relação ao Centro Cirúrgico (CC), todos corroborando um com o outro, descrevendo o CC como uma das unidades mais importantes do ambiente hospitalar, destacando-se por ser um local complexo pelas suas particularidades e características, composto por áreas, instalações apropriadas e equipamentos sofisticados que garante condições melhores para o paciente no momento cirúrgico. Consiste em uma unidade fechada com rigorosas técnicas assépticas, onde são realizados procedimentos direcionadas as cirurgias como os anestésicos cirúrgicos, sejam eles de caráter eletivo ou emergencial (TOBIN et al, 2017; SALBELGO et al, 2015; SANTOS et al, 2017).

Cabral et al, (2016) e Almeida, Gurgel e Silva (2014), complementam o conceito dos autores supracitados, quando enfatizam que o CC é um local singular no ambiente hospitalar, não apenas pelas suas particularidades, mas principalmente por ser um lugar restrito que obriga os funcionários a situações específicas, necessitando lidar com competências técnicas, relacionamentos interpessoais, utilização de materiais específicos, bem com o cuidado integral com o paciente. Sendo assim, se caracteriza por uma unidade fechada com diversos protocolos e normas a serem seguidas.

Ainda nessa conjuntura, Santos et al, (2018), enfatizam em seu estudo que, apesar da complexidade e particularidade do CC que objetiva segurança e conforto para o paciente, essa unidade é considerada crítica, pois é um espaço com enorme potencial de infecção hospitalar, com realização de muitos procedimentos de alto risco. Ressaltam ainda que para um funcionamento de qualidade o CC precisa ser bem planejado, não apenas fisicamente, mais também com projetos complementares como: elétrico, hidráulico, sanitário, fluido/mecânico, climatização, incêndio e luminotécnico.

Para tanto, esse planejamento necessita acontecer ainda no desenvolvimento de sua estrutura física, como colocam Teixeira, Abruzeis e Ciconha (2011), que são limitados os hospitais que conseguiram planejar, arquitetar e administrar um CC em conformidade acordo com as normas e conceitos mais avançados. Na maioria das

vezes esse planejamento fica em segundo plano, ocasionando graves consequências relacionados a assistência dispensada ao paciente no momento cirúrgico.

Ainda segundo os autores supracitados, na construção de um CC vários fatores devem ser considerados e observados com atenção, como: localização, área, estrutura, composição física, salas de cirurgias, equipamentos e materiais, sua administração e regulamentos. O CC deve ser localizado em um lugar que garanta segurança diante das técnicas assépticas, evitando locais onde exista poeiras, ruídos e grande circulação de pessoas.

Neste aspecto Santos et al, (2018), corrobora destacando a importância da utilização de materiais de primeira qualidade para a edificação e retoque do CC, esses materiais precisam ter durabilidade e suportar higienização diária, pois o CC não pode estar passando por reformar frequentes, visto que demanda muito tempo e ele não pode parar, pois dele depende o salvamento de vidas.

Em relação a dinâmica física e funcional do CC, existe três zonas em sua composição: a irrestrita (proteção), semi-restrita (limpa) e restrita (estéril). Silva e Alvim (2009), alertam que só é permitida a entrada no CC de pessoas devidamente identificadas e com roupas específicas para utilização nessa unidade. Outras normas existem, para um melhor funcionamento, a título de exemplo, é a lavagens das mãos para prevenir infecções hospitalares, sendo obrigatório realizar tanto antes, quanto depois do contato com o paciente.

Vale ressaltar que as cores utilizadas na parede do CC devem ser neutras, suaves e foscas, evitando assim reflexos luminosos, fadiga visual, cansaço e os estímulos nervosos. A baixa temperatura também deve ser considerada, haja vista que oriunda da ventilação artificial, precisa para a manutenção da área asséptica. A equipe deve estar atenta a manter uma temperatura controlada e confortável tanto para eles, quanto para os pacientes. O sistema de refrigeração através de ar condicionado visa remover gases anestésicos e partículas em suspensão, controlar a temperatura e a umidade, promover troca de ar adequada e evitar a entrada de partículas de áreas subjacentes (SILVA; ALVIM, 2009).

Ainda segundo os autores supracitados outro aspecto muito relevante é a influência do ambiente físico, na promoção de bem-estar e conforto do cliente, o excesso de ruídos a que constantemente os clientes são submetidos, como o toque contundente e em alto som do celular dos profissionais que ali atuam e do telefone fixo do posto de enfermagem; além das frequentes conversas de diferentes conteúdos

entre os profissionais, muitas vezes, não referentes à situação mesma que envolve o cliente. É necessário assegurar um ambiente livre de sons desagradáveis e conversas paralelas tendo em conta que nem o melhor arejamento possível, nenhuma assistência, por mais cuidadosa, poderá fazer bem a esses pacientes sem o necessário silêncio.

Sobre as finalidades do CC os estudos analisados trazem como as principais: a realização de intervenções cirúrgicas e o encaminhamento do paciente a enfermaria garantindo sua integridade, ou seja, essas transferências devem acontecer da melhor forma possível garantindo a segurança do paciente; a utilização do espaço como campo de estágio construção e aprimoramento dos recursos humanos; o desenvolvimento de projetos e programas de pesquisa direcionados principalmente para o trabalho científico e tecnológico e por fim, retrata-se em unidade de referência entre os setores existentes dentro da instituição hospitalar (RIBEIRO et al, 2009; SANTOS et al, 2018).

Diante de tais aspectos, é preciso que o trabalho da equipe multidisciplinar seja dinâmico, onde o relacionamento profissional necessita ter concordância. Para isso, os profissionais atuantes neste setor devem ser capacitados, treinados e aptos as especificidades determinadas neste setor, oportunizando um ambiente mais seguro ao paciente (CABRAL et al, 2016).

Nessa perspectiva, considerando a complexidade e especificidades que os estudos abordam sobre o CC, evidenciando ser um dos setores dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) contribuinte para solução das intervenções cirúrgicas, o estudo de Santos et al, (2017), ressalta um olhar direcionado por parte dos profissionais, ou seja, da equipe multidisciplinar, dando ênfase a equipe de enfermagem, que são os profissionais que mantem maior contato com os pacientes em seu cuidado integral. Sobre essa categoria vamos abordar na próxima unidade temática.

### 3.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

Nesta unidade temática encontramos a importância da atuação do enfermeiro no CC, esse profissional proporciona assistência direta ao paciente, bem como auxilia a equipe multiprofissional no decurso da cirurgia, objetivando segurança ao paciente. Essa assistência acontece durante todo o período conhecido como perioperatório,

dividido em três fases: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, todas necessitam da atuação da equipe de enfermagem (TOBIN et al, 2017; MENDONÇA et al, 2016).

Além disso, o enfermeiro atua como líder da equipe de enfermagem, gerenciando e realizando intervenções quando preciso, reduzindo as dificuldades próprias aos procedimentos realizados e rotinas da unidade. Desta forma, a assistência direta e integral ofertada ao paciente no CC é realizada pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem, sendo estes supervisionados pelo enfermeiro, orientando sempre que possível sua equipe sobre os procedimentos, prevenções e riscos (TOBIN et al, 2017; FONSECA; PENICHE 2009).

Em concordância com os autores acima citados, Cabral et al, (2016) enfatizam que o enfermeiro que atua no CC, desenvolve duas funções de extrema importância para um melhor atendimento ao paciente, são as de enfermeiro coordenador e enfermeiro assistencial. Vale destacar que este profissional é habilitado para atuar na gerência das necessidades que englobam o momento anestésico-cirúrgico e todas as suas etapas.

O estudo supracitado citado apresenta ainda algumas atribuições, tanto do enfermeiro gerencial, quanto do enfermeiro assistencial. Sobre o enfermeiro gerencial ou coordenador algumas de suas atribuições são: colaborar participando de reuniões como equipe multiprofissional; controlar o fator administrativo, técnico e ético nas atividades realizadas no CC; auxiliar para que sejam cumpridas as normas e regulamentos das unidades; estar atento quanto aos equipamentos, solicitando novos sempre que preciso; entre outras. Já o enfermeiro assistencial tem entre suas atribuições no CC: conferir com antecedência a programação cirúrgica; garantir segurança no ambiente cirúrgico, seja para equipe, seja para o paciente; receber o paciente no CC; conferir os dados do paciente nos impressos, bem como os exames necessários para realização da cirurgia; facilitar a auxiliar a remoção do paciente da maca para mesa cirúrgica; entre outras.

Para a enfermagem, o cuidado no centro cirúrgico surgiu para atender as necessidades do trabalho clínico, e possui uma dinâmica de cuidar em enfermagem centrada na objetividade das ações, com ênfase à intervenção de natureza técnica que visam à recuperação do cliente/paciente. Frente a estas características, a interação psicossocial no cuidado, em vários momentos, é vista como restrita (SALBEGO et al, 2015).

Segundo o estudo de Santos et al, (2018) no que se refere ao gerenciamento ou coordenação, o enfermeiro tem a função de ser líder, entre suas atribuições no âmbito desse papel está a de prever, prover, implementar, avaliar e controlar os recursos humanos e também os materiais. No que se refere a atuação assistencial, o enfermeiro está incumbido de realizar várias ações que desempenha uma assistência tanto direta, quanto indireta ao paciente, entre elas estão: o agendamento de cirurgias, supervisão dos profissionais da equipe de Enfermagem, provisão de materiais, entre outros, tudo com intuito de garantir ao paciente a preservação e melhor qualidade de vida.

Stumm et al (2009) acentua que o enfermeiro como responsável pelo gerenciamento e pela assistência, enfrenta vários desafios, que precisam ser pensados da melhor forma por esses profissionais para ser resolvido. Entre eles está a sobrecarga de trabalho, o que pode afetar diretamente a qualidade de seu gerenciamento e assistência. Neste aspecto, podemos perceber que é frequente nesta área e aqui pontualmente falando no CC, a sobrecarga desses profissionais, que pôr muitas vezes, não consegue desempenhar todas as atividades no seu respectivo turno de trabalho.

Ainda neste aspecto, Vargas et al (2017) corrobora que as sobrecargas no trabalho do enfermeiro se caracteriza com uma dificuldade extrema, atingindo não apenas seu desenvolvimento profissional, mas também sua qualidade de vida. Eles enfatizam ainda que a distância do CC com relação às outras unidades e à própria administração hospitalar representa para os enfermeiros uma interrupção nas relações, pois essa distância não permite uma percepção completa do desenvolvimento trabalho nestes ambientes.

Sendo assim, Salbego et al (2015) ressaltam que tendo em vista a complexidade do cuidado neste ambiente, cabe enfatizar a importância de os profissionais de enfermagem identificarem os agravantes a sua saúde, produzidos por estas condições e organização do trabalho. Assim, visando minimizar os efeitos nocivos do trabalho é necessário que os trabalhadores despertem para o cuidado de si, destacar que o cuidado a saúde dos trabalhadores vai além dos riscos ocupacionais. Cabe refletir também sobre os aspectos psicossociais que envolvem o trabalho, os principais fatores considerados como “cuidado de si” estão relacionados aos riscos biológico e ergonômico.

O CC por ser geralmente um ambiente complexo, conhecido como uma unidade estressante, que requer do enfermeiro maior tempo com serviços administrativos do

setor, às vezes, o faz esquecer-se, ou melhor, reduzir a assistência direta ao cliente em um momento único de sua vida, em que a instabilidade emocional domina-o, interferindo diretamente em sua recuperação (BOTELHO; VELOSO; FAVERO, 2013).

No estudo de Tobin et al, (2017), fica claro que as funções do enfermeiro no CC são gerenciais e assistenciais, neste último o enfermeiro atua no período transoperatório levantando os dados do paciente, desenvolvendo e implementando um plano de cuidados de enfermagem, avaliando os cuidados realizados no paciente e atuando diretamente na assistência prestada. No período pós-operatório o enfermeiro atua na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), definida como o local onde o paciente permanece após ser submetido ao procedimento cirúrgico anestésico, sob os cuidados e observação da equipe de enfermagem, até que tenha estabilizado os sinais vitais, recuperado a consciência e para que haja prevenção das intercorrências do período pós-anestésico.

Em consonância com a colocação acima citada, Mendonça et al, (2016) enfatiza que os cuidados específicos com o paciente é função do enfermeiro em sua atuação assistencial, é necessário que esse profissional promova o cuidado através do respeito, envolvendo também o afeto, a solidariedade, a sensibilidade e a compaixão. Humanizando a assistência, compreendendo o respeito à unicidade de cada pessoa.

De acordo com Ribeiro et al, (2009) o paciente não pode ser considerado uma peça numa linha de montagem pois depende muito da interação com as pessoas responsáveis pelo seu cuidado e do laço entre membros da organização. Entende-se que, os profissionais em um hospital estão para atender as expectativas dos pacientes, o cuidado, agilidade e a segurança, devem estar contempladas em todas as atividades.

A presença do enfermeiro junto ao leito, a demonstração de afeto, o toque, as conversas também são restritas face às atividades outras do setor, o que não quer dizer que não haja expressividade no cuidado. Isto acontece, por vezes, não no sentido de desmerecer ou desvalorizar os aspectos do cuidar que são da ordem da subjetividade, mas porque, neste setor, a atenção ao órgão físico como central é necessária. O pouco tempo de convivência com o cliente no centro cirúrgico embora não seja o determinante, pode também interferir na construção da relação (SILVA; ALVIM, 2009).

Neste aspecto assistencial o enfermeiro por ser um dos profissionais mais próximos do paciente, possibilita com seu contato direto a transmissão de confiança, permitindo assim maior segurança ao paciente. É de suma importância esse contato,

no momento que antecede a cirurgia propriamente dita, explicando o procedimento que o paciente irá passar, bem como sua recuperação, diminuindo seus medos, inseguranças e apreensões, ou seja, ofertando um vínculo através da interação dialógica. Desta forma, além de todos os cuidados com o ambiente que CC proporciona o enfermeiro deve focar sua atenção na atuação e assistência direcionada ao cliente (SALBEGO et al, 2015).

Neste aspecto Stumm et al (2009), enfatizam que o fato de o enfermeiro conhecer o paciente antes da realização do procedimento cirúrgico aproxima ambos, facilita a interação e, por conseguinte, favorece a avaliação das condições de saúde e o planejamento da assistência. Para que isso ocorra, efetivamente, é necessário que os enfermeiros estejam aptos a identificar as necessidades dos pacientes, possibilitando a prevenção de complicações, bem como a detecção precoce de intercorrências no perioperatório.

Mendonça et al (2016) destaca que o enfermeiro deve dispensar um olhar cuidadoso e humanizado ao paciente no período que passar no CC, haja vista que esse ambiente é visto pelo paciente como um setor desconhecido e complexo, o que faz ele sentir-se temeroso diante dos procedimentos que será submetido. Desta forma cabe ao enfermeiro promover um ambiente seguro no CC, através do cuidado e da assistência humanizada.

Com esse entendimento a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um documento recentemente com direcionamentos referentes a comunicação do paciente com intuito de uma cirurgia segura. Sendo assim, o processo de enfermagem deve ser adotado para um atendimento de enfermagem integral, envolvendo o histórico de enfermagem, o diagnóstico, o planejamento dos resultados esperados, a implementação da assistência de enfermagem (prescrição de enfermagem) e sua avaliação (RIEGEL; OLIVEIRA JÚNIOR, 2017).

Contudo, ainda de acordo com os autores supracitados, para que o gerenciamento e a assistência ofertada pelo enfermeiro no CC sejam de qualidade, é preciso que esse profissional esteja em constante atualização para qualificar o raciocínio clínico e pensamento crítico necessários para desenvolver essas ações. Desta forma faz-se necessário que os enfermeiros atuantes em centro cirúrgico se proponham se capacitar para assim assistir os pacientes e gerenciar esse setor muitas vezes considerado o mais complexo do ambiente hospitalar, da melhor forma possível.



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados da pesquisa, podemos evidenciar que o CC é um local de ampla complexidade e especificidades, e que necessita de profissionais capacitados para atuarem em seu âmbito, para tanto se faz necessário que essa atuação aconteça de forma dinâmica, com um trabalho multidisciplinar, onde é preciso ter concordância no relacionamento profissional.

Nesta perspectiva, o enfermeiro como profissional que compõe a equipe multidisciplinar do CC, aparece nos estudos como o responsável pelos cuidados específicos do paciente no aspecto assistencial, bem como no aspecto gerencial com a principal finalidade de organizar o trabalho. É perceptível, que o enfermeiro ao desenvolver essas duas funções de forma qualificada no CC, estará promovendo um ambiente seguro, através de uma assistência humanizada.

Desta forma, foi possível evidenciar que um dos desafios do enfermeiro no CC é ofertar um cuidado holístico e humanizado ao paciente, que por inúmeras vezes se sente inseguro e com medo. Sendo assim, entende-se que a assistência do enfermeiro para a paciente no CC implica além da dimensão técnica, de humanização e especificidades, respeitando as necessidades do paciente. É importante frisar que o enfermeiro necessita estabelecer em diálogo com o paciente, valorizando sua individualidade e ofertando cuidado personalizado e integral.

Acredita-se que este estudo possa despertar nos profissionais enfermeiros que atuam nos centros cirúrgicos, o desejo e a necessidade de conhecer melhor esse cenário de atuação, como também as peculiaridades de suas funções, nas áreas gerencial e assistencial.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. N. F.de; GURGEL, E. R. S; SILVA, S. R. da. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR Ponta Grossa – PR – Brasil, v. 6, n. 4, p.216-222, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100008)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

BOTELHO, J. VELOSO, G. B. L. V, FAVERO, L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Enferm. Foco** v.4, n.3,4, p.198-201, 2013. Disponível: <[revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803)>. Acesso em: 20 de ago. 2018.

CABRAL, N. B; PAIVA, T. S; VITORIO, A. M. F; BARBOSA, B. L. Relato de Experiência: Atuação do Enfermeiro no Centro Cirúrgico na Perspectiva de Estudantes de Enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. ISSN-1982-6451, 2016. Disponível: <publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/index>. Acesso em: 21 de ago. de 2018.

FONSECA, R. M. P; PENICHE, A. C. G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Peri operatória\* **Acta Paul Enferm.** v.22, n.4, p.428-33; 2009. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400013&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400013&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 de ago. 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, G. A; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MENDONÇA, E. T; LOPES, J. M; RIBEIRO, L; SÁ, F. B. B.; OLIVEIRA, D. M; SALGADO, P. O. Concepções de Técnicos de Enfermagem Acerca da Humanização da Assistência em Centro Cirúrgico. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.6, n.3, p.2389-2397; 2016.

RIBEIRO, M. B; JUNIOR COELHO, T. P; BALDAM, R. M; CÔ, F. A; ZORZAL, F. M. B. Processos em Centro Cirúrgico: Desafios e Propostas de Solução. **XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão**. Salvador, BA, 2009. Disponível: <[www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009\\_TN\\_STP\\_091\\_615\\_14596.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_TN_STP_091_615_14596.pdf)>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

RIEGEL, F; OLIVEIRA JUNIOR, N. J. de. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enferm**, Porto Alegre, Rs, Brasil, v. 4, n. 22, p.01-05, jan. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45577>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SALBEGO, C; et al. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. **Rev Rene**. v.16, n.1, p.46-53, 2015. Disponível: <<https://www.researchgate.net/.../The-meaning-of-care-for-operating-room-nursing.pdf>>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

SANTOS, Y. M. O. et al. O Processo de Enfermagem na reorganização da assistência de um Centro Cirúrgico: um relato de experiência. **Unit: I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM**, Tiradentes, Sergipe, maio 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5663/2158>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

SANTOS, R. dos et al. A Atuação Do Enfermeiro No Centro Cirúrgico. **Gep News**, Maceió, v. 2, n. 2, p.9-15, Abr./Jun., 2018. Disponível em: <[www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/viewFile/5218/3665](http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/viewFile/5218/3665)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SILVA, C. D.; ALVIM, T., Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 3, 2010, pp. 427-434. Disponível: <[www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf)> Acesso em: 21 de ago. 2018.

STUMM, E. M. F. et al. Ações Do Enfermeiro Na Recepção Do Paciente Em Centro Cirúrgico. **REME - Rev. Min. Enferm**; v.13, n.1, p.99-106, jan./mar., 2009. Disponível: <[www.reme.org.br/artigo/detalhes/168](http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/168)>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

TEIXEIRA, C. M. S; ABRUCEIS, P. J; CICONHA, W. D. Centro Cirúrgico: Compreendendo sua Estrutura e Organização. **Revista Inesul**, 2011. Disponível: <[https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_15\\_1320352584.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_15_1320352584.pdf)>. Acesso em: 20 ago. de 2018.

TOBIN, F. S. et al. Relato de Experiência de Uma Acadêmica de Enfermagem em Centro Cirúrgico. **ANAIIS DA XXII SEMANA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UEMS**. v.1., n. 1, 23-26, 2017. Disponível: <[anaionline.uems.br/index.php/eventosenfermagemuems/article/download/.../4115](http://anaionline.uems.br/index.php/eventosenfermagemuems/article/download/.../4115)>. Acesso em: 21 de ago. 2018.

VARGAS, E. de et al. Qualidade de Vida no Trabalho da Enfermagem: Influência De Cargas Físicas no Trabalho em Centro Cirúrgico. **Congrega - Urcamp**, Rio Grande do Norte, p.07-15, set. 2017.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE**

### **NURSE'S ACTION ON SEXUALITY IN THE THIRD AGE**

Sinderlandia da SilvaLima<sup>1</sup>  
Suely Aragão AzevêdoViana<sup>2</sup>  
Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>  
Maria das Graça Lucena<sup>3</sup>

## **RESUMO**

O crescimento de pessoas acima dos 60 anos tem ganhado destaque, chegando a 26,9 milhões de idosos no Brasil, o que retrata a longevidade e aumento da expectativa de vida. Com o tamanho do crescimento populacional é de fundamental importância abordarmos como anda a sexualidade na terceira idade. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção do idoso no que diz respeito a sexualidade e a prática do sexo seguro e como enfrentamos paradigmas post

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [sinderlandialima@hotmail.com](mailto:sinderlandialima@hotmail.com)

<sup>2</sup> Orientadora. Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Metodologia do Ensino Superior e Enfermagem do Trabalho. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [suzinhaazevedo85@gmail.com](mailto:suzinhaazevedo85@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4346108369552356>

<sup>3</sup> Docentes do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

o pela família e sociedade nos dias atuais, identificando as principais dificuldades enfrentadas pelo idoso no que se refere à sua sexualidade. Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, de caráter quantitativo realizada com determinado grupo de idosos de uma Unidade Básica de Saúde situada em Camalaú no município de Cabedelo. Foi realizado um questionário para avaliar a saúde sexual na terceira idade e qual os anseios enfrentados pelos mesmos. Tendo em vista que o enfermeiro tem seu papel importante como educador em saúde. Este estudo busca destacar o tema da sexualidade na terceira idade na consulta de enfermagem e na comunidade. Visando uma melhor qualidade de vida, o profissional enfermeiro fica responsável pelas orientações prestadas, sabendo respeitar o espaço de cada idoso.

**Palavras-chave:** Sexualidade na terceira idade. Enfermagem. Atenção Básica.

## ABSTRACT

The growth of people over the age of 60 has gained prominence reaching 26.9 million elderly people in Brazil, which reflects the longevity and increase of life expectancy. As the size of the population growth is of fundamental importance to approach how goes the sexuality in the old age. This study aimed to analyze the perception of the elderly regarding sexuality and the practice of safe sex and how they face the paradigms posed by the family and society in the present day, identifying the main paradoxes faced by the elderly with regard to sexuality in the third Age. This is an exploratory and descriptive study of a quantitative character carried out with a determined group of elderly people from a Basic Health Unit located in Camalaú in the municipality of Cabedelo. A questionnaire was carried out to evaluate how sexual health is in the elderly and what the anxieties they face. Considering that nurses have an important role as a health educator, this study seeks to highlight the topic of sexuality in the elderly in the nursing consultation and in the community. Aiming for a better quality of life, the professional nurse is responsible for the guidelines provided, knowing how to respect the space of each elderly person.

**Keywords:** Sexuality in the third age. Nursing. Basic Attention.

## 1 INTRODUÇÃO

A população idosa ao longo do século XX tem passado por diversas alterações no que diz respeito ao processo de envelhecimento observando assim a longevidade e o crescimento de pessoas acima dos 60 anos que tem ganhado destaque chegando a 26,9 milhões de idosos no Brasil de acordo com a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE do ano de 2016.

O envelhecimento é o processo natural e fisiológico que está ligado a várias

mudanças, não físicas, mas biológicas, sociais e psicológicas. Essas alterações que ocorrem no

organismo na estrutura do idoso são irreversíveis e se dão decorrendo do tempo. Quando fala-se em sexualidade na terceira idade é um tema que ainda nos dias atuais gera determinados tabus, preconceitos e polemicas por reflexo da nossa sociedade tratar o idoso como um ser assexuado, uma vez que ficar velho não quer dizer ficar triste, ser considerado incapaz de suas atividades ou se tornar um ser assexuado.

Com o passar do tempo no nosso corpo vão sofrer certas alterações principalmente com os hormônios envolvidos, no qual o libido diminui de maneira drástica e é notório que o desejo sexual não será como antes, contudo, apesar das mudanças enfrentadas é importante manter a vida sexual ativa, não só pela prática sexual em si, mas pelos hormônios liberados como na produção de dopamina, substância que combate os hormônios do estresse, e endorfinas, ambos responsáveis pela sensação de felicidade, euforia e bem-estar.

As literaturas trazem em maior evidência as alterações sexuais enfrentadas pelas mulheres, pois envolvem uma série de fatores como a diminuição do estrogênio e progesterona

que acarretam no climatério e em seguida a menopausa, ou seja, várias mudanças na vida sexual feminina, entretanto, para os homens essas alterações se caracterizam pela disfunção erétil (GUIMARÃES, 2015).

Essas mudanças enfrentadas pelo idoso geram ansiedade e dúvidas, sendo de máxima importância que nessa etapa da vida entre em cena o enfermeiro como protagonista da promoção, proteção e recuperação da saúde, pois este é o profissional envolvido desde o nascimento até a chegada da terceira idade, e tem o papel fundamental de esclarecer todas as dúvidas e ansiosos.

A atuação do enfermeiro na assistência à saúde do idoso torna-se de fundamental importância para promoção, proteção e recuperação da saúde em qualquer fase da vida e principalmente no que diz respeito a sexualidade na terceira idade, pois este é responsável pela prevenção de IST's (Infecção Sexualmente Transmissível), desde a adolescência até a velhice. Entretanto, em especial na sexualidade na terceira idade os casos de IST's vem crescendo devido à falta de diálogo entre o profissional e o idoso. Nesse contexto podemos observar que há uma barreira quando abordamos o assunto de sexualidade com o idoso. Desta forma identifica-se que há um déficit dos profissionais enfermeiros na abordagem

correta sem que haja constrangimento para falar sobre a sexualidade na terceira idade.

Segundo Alencar et al (2014), as dificuldades na aceitação da sexualidade no processo de envelhecer podem advir tanto pela ausência de informação, quanto pela noção de que a sexualidade esteja restrita à genitalidade e procriação. De acordo com os autores citados observa-se que a atual postura dos idosos acerca da sexualidade vem de uma prática milenar: cultural, religiosa e social de reprimir o assunto da sexualidade, que tal repressão impera até os dias atuais.

Para uma melhor assistência prestada pelo enfermeiro ao idoso, é de crucial importância abordarmos o tema da sexualidade, quais as dificuldades e anseios enfrentados pelos mesmos e como o profissional enfermeiro tem atuado para quebra do paradigma que o velho não tem desejo e vida sexual ativa.

Para uma assistência humanizada é necessária uma boa qualificação com conhecimento prático/teórico e principalmente quando falamos em saúde do idoso, pois este público já encara tantas dificuldades vivenciadas pelo decorrer do envelhecimento que quando abordamos o tema de sexualidade parece não ter tanta importância. Porém a sexualidade faz parte da necessidade fisiológica do ser humano, e com isso não podemos negligenciar o tema. Tendo em vista que o enfermeiro tem seu papel importante como educador em saúde e é preciso estar preparado para abordar a temática na consulta de enfermagem e na comunidade visando uma melhor qualidade de vida.

O profissional enfermeiro fica responsável pelas orientações prestadas, sabendo respeitar o espaço de cada idoso, pois sabemos que cada um encara a sexualidade de uma forma diferente. Encoraja-los a enfrentar o processo de envelhecimento é crucial e principalmente devemos conhecer os principais problemas por eles enfrentados, pois em toda fase da vida o assunto é passível de orientação e não se torna diferente na terceira idade.

Sendo assim, surgiu o interesse de abordar o tema proposto para ressaltar a importância do enfermeiro através da educação em saúde acerca da sexualidade na terceira idade, no entanto, para que tenhamos êxito nas consultas de enfermagem é necessário abordarmos de maneira adequada o idoso, sabendo questionar seus anseios e dúvidas com precisão para intervir em cada qual com individualidade e respeito, sendo prestativa (o) e sabendo escutar o idoso em seus questionamentos.

Diante do exposto, tivemos como objetivo analisar a percepção dos idosos no que diz

respeito a sexualidade e a prática do sexo seguro e como enfrentam os paradigmas posto pela família e sociedade nos dias atuais, identificando as principais dificuldades enfrentadas pelo idoso no que se refere a sexualidade na terceira idade.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar os resultados esperados do estudo foi realizada uma pesquisa do tipo pesquisa-ação de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Esse método é relatado como uma pesquisa de campo na qual o pesquisador se envolve diretamente no mundo escolhido para o estudo, relacionando-se com proatividade durante a investigação. Ela propõe ações e depois avalia os resultados na população envolvida (TRIPP, 2005). É um método de coleta de informações diretamente de pessoas a respeito de seus conhecimentos. A coleta de informações se efetiva através da aplicação de um questionário ou entrevista aplicado no público alvo escolhido para realização da pesquisa.

Freitas et al (2000), diz que o método utiliza um instrumento predefinido para obter descrições quantitativas de uma população. A população alvo do estudo foi um grupo de idosos de ambos os gêneros (masculino e feminino) acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Camalaú, que fica situada no município de Cabedelo/PB. A seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com questões objetivas, para que ao final pudessemos alcançar os objetivos propostos pelo estudo. O questionário foi aplicado pelo próprio pesquisador face a face na Unidade Básica de Saúde Camalaú.

Para melhor analisar os paradoxos e dúvidas enfrentados por eles, após a investigação e levantamento dos dados foi realizada uma atividade educativa pelo próprio pesquisador, com o intuito de ampliar a visão do grupo de idosos a respeito da sexualidade na terceira idade e ressaltar a importância do sexo seguro.

Após a coleta dos dados, estes foram organizados e passaram pelo processo de análise, para que pudessemos transformá-los em informação. Nessa fase foi utilizado a análise de estatísticas: média, frequência, porcentagem, entre outros (para variáveis quantitativas) e métodos compreensivos como a análise de conteúdo (para variáveis qualitativas). Os dados foram analisados a partir dos modelos estatísticos, uma vez que o estudo é quantitativo, assim como foi utilizado a bibliografia levantada sobre o

tema para realizar a análise teórica, efetuando as reflexões críticas ou comparativas com base na literatura estudada.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos necessário uma vez que envolve seres humanos, sendo observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional

de Saúde (CNS), assim como a Resolução 331/2007 COFEN que instituiu o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (COFEN, 2007). Ambos estabelecem qual a conduta do pesquisador no processo de investigação científica quando envolve seres humanos, resguardando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, justiça, beneficência e não-

maleficência. Vale ressaltar, que a coleta de dados só foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP, tendo como CAEE de número 97705618.0.0000.5184.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo abordamos a caracterização da amostra, como também os dados relacionados as questões referentes a abordagem sobre a sexualidade na terceira idade.

| Dados dos participantes |                               | n* | frequência (%) |
|-------------------------|-------------------------------|----|----------------|
| Gênero                  | Masculino                     | 2  | 28,4           |
|                         | Feminino                      | 5  | 71,6           |
| Faixa etária            | 60 a 65 anos                  | 3  | 42,1           |
|                         | 66 a 70 anos                  | 4  | 57,9           |
|                         | 71 a 75 anos                  |    | 0              |
|                         | 76 a 80 anos                  |    | 0              |
|                         | Acima de 80 anos              |    | 0              |
|                         |                               |    |                |
| Estado civil            | Solteiro (a)                  |    | 14,1           |
|                         | Casado (a)                    |    | 57,9           |
|                         | Divorciado (a)                |    | 14,1           |
|                         | União estável                 |    | 0              |
|                         | Viúvo (a)                     | 1  | 14,1           |
| Mora com quem?          | Companheiro (a) e filhos (as) |    | 42,9           |
|                         | Companheiro (a)               |    | 14,3           |
|                         | Filhos (as) Outros familiares |    | 14,3           |
|                         |                               |    | 0              |
|                         | Sozinho (a)                   |    | 28,5           |
| Total                   |                               | 28 | 100            |



\*n= número de participantes da pesquisa Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 1. Representação da amostra com o grupo de idosos envolvidos na pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde de Camalaú em Cabedelo – PB. Cabedelo, 2018.**

Na tabela 1, é possível perceber que a maioria dos participantes da pesquisa são do gênero feminino com índice de (71,6%), observando assim que a procura pelo serviço de atenção básica de saúde se estende mais pela população feminina, visando a promoção em saúde.

Quanto a população masculina observou-se uma queda pela procura do serviço ficando em (28,4%). Em relação a afixa etária verificamos que entre 60 a 65 anos temos uma frequência de idade de (42,1%), ficando em grande parte a relevância de idade de 66 a 70anos com índice considerável na pesquisa de (57,9%).

De acordo com as afirmativas dos entrevistados quanto ao estado civil (14,1%) são solteiros, (14,1%) divorciados, e (14,1%) viúvos, predominando os casados com (57,9%).

Em busca de uma pesquisa mais satisfatória analisou-se também a intimidade do casal em sua residência a dividir com familiares, no qual pudemos averiguar que na maioria dos entrevistados casados com relevância de (42,9%) moram com companheiro (a) e filhos(as), ficando com (14,3%) os que dividem a residência junto ao companheiro e também com o mesmo percentual os que dividem o espaço com filhos (as) (14,3%), já os que residem sozinho (a) verificamos um índice de (28,5%).

Observamos que esse tema ainda é cercado de preconceitos entre os próprios idosos que convivem com mitos e tabus. Essa imagem preconceituosa sobre o tema é fruto de uma educação muito severa, cheia de conceitos e preconceitos repressores (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007).

Quando abordamos o tema de sexualidade nos dias atuais, de certo modo ainda observamos uma resistência pela sociedade, isso ocorre em consequência da prática cultural e religiosa, vista de maneira errônea desde criança quando não abordamos o assunto da sexualidade até a velhice, tratando a população idosa como seres assexuados.

O que interfere na vida sexual de um idoso está além das limitações orgânicas, pois

conta muito a questão psicológica e social, uma vez que a função sexual antigamente era vista pelas sociedades com uma forma procriativa, sendo estabelecida com um tempo para começar e um outro para acabar (CAVALHEIRO, 2008).

| Questões e respostas                                                                                         |     | n* | frequência (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----------------|
| Você possui vida sexualmente ativa?                                                                          | Sim | 4  | 57,2           |
|                                                                                                              | Não | 3  | 42,8           |
| Possui parceiro (a) fixo (a)?                                                                                | Sim | 4  | 57,2           |
|                                                                                                              | Não | 3  | 42,8           |
| Recebe ou já recebeu orientações quanto a prevenção de IST's pelo enfermeiro de sua unidade básica de saúde? | Sim | 2  | 28,6           |
|                                                                                                              | Não | 5  | 71,4           |
| Já adquiriu algum tipo de IST's?                                                                             | Sim | 0  | 0              |
|                                                                                                              | Não | 7  | 100            |
| Já sofreu algum tipo de preconceito quando se refere a sexualidade?                                          | Sim | 1  | 100            |
|                                                                                                              | Não | 6  | 100            |
| Total                                                                                                        |     | 6  | 100            |

\*n= número de participantes da pesquisa Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 2 – Questões para analisar a situação dos idosos no que se refere a sexualidade na terceira idade e verificar se estão sendo orientados pelo enfermeiro da Unidade Básica de Saúde Camalaú quanto a prática do sexo seguro. Cabedelo, 2018.**

De acordo com a tabela 2, podemos observar que grande parte dos idosos envolvidos na pesquisa possui vida sexualmente ativa com um índice de (57,2%), restando apenas (42,8%) que negaram manter vida sexualmente ativa. Quanto a prevalência quando foram entrevistados se “possuem parceiro(a) fixo(a)” as respostas se aproximaram quanto a porcentagem, evidenciando assim para parceiros fixos uma relevância de (57,2%) e para múltiplos parceiros (42,8%).

Ao serem questionados se já receberam orientações pelo enfermeiro(a) da Unidade Básica de Saúde da sua comunidade sobre a prevenção de IST's, a maioria do grupo relatou que “não”, mostrando assim um índice de (71,4%), e para as respostas “sim”

foram

(28,6%).

Com isso, vale ressaltar que o enfermeiro é o principal responsável pela educação em saúde em qualquer fase da vida, e na atenção à saúde do idoso torna-se de fundamental importância na promoção, proteção e recuperação da saúde, contudo, como profissionais responsáveis por esclarecer as incógnitas geradas pela sociedade temos que buscar conhecimentos necessários, capacitação e uma boa conduta para saber lidar com a sexualidade na terceira idade, já que ao falar de sexo ainda podemos encontrar uma certa resistência por se referir a algo muito íntimo, e no paciente/cliente idoso então encontramos maiores barreiras, como o preconceito da sociedade e os tabus por eles enfrentados.

Quando questionados se “Já adquiriu algum tipo de IST’s?” todos os participantes negaram a contaminação por qualquer tipo de infecção sexualmente transmissível com resultado de (100%).

Os idosos participantes da pesquisa quando questionados se já sofreram algum tipo de preconceito a respeito da sexualidade referem que “não” com exceção de um participante que apontou a seguinte resposta, conforme trecho destacado:

“Minha filha, eu não gosto de falar a respeito do assunto porque os vizinhos me chamam de velho enxerido, com todo respeito não gosto de falar essas coisas pra senhora, não pensar mal de mim (Participante 1).

Sobre as atitudes diante da sexualidade humana, Pascual (2002) descreve a atitude repressiva na qual a sexualidade é negada e reprimida, não permitindo uma educação sexual, sendo a prática da sexualidade vista como má, obscena, perigosa, e como pecado. Essa atitude negativa favorece o desinteresse pela sexualidade, bem como a redução da atividade e a insatisfação em todas as idades, mas de modo especial na velhice. De acordo com Frugoli et al (2011), nos grupos de idosos, a sexualidade é um dos assuntos que desperta maior interesse. Como cada pessoa é um universo diferente, a maneira de se relacionar com esse tema também é diferente, mas os idosos aos poucos acabam expressando seus sentimentos a respeito da questão e percebem que o assunto pode ser conversado naturalmente, sem constrangimento.

Cabe aqui, considerar que, em geral, nas mulheres há menor preocupação pela função sexual, pois é mais preocupante a perda estética do aspecto juvenil. Já nos homens, a grande preocupação é com as mudanças fisiológicas que podem levar à ansiedade. Para eles, o interesse ou desejo sexual se mantém mais presente que a

própria atividade. Enquanto nas mulheres existe um declive em ambos os aspectos da sexualidade, desejo e desempenho (ALMEIDA; PATRIOTA, 2009).

Podemos observar que em nossa sociedade acaba influenciando negativamente a vida sexual dos idosos gerando assim um bloqueio quando o assunto é sexualidade na terceira idade e. É notório a falta de informação que acaba acarretando outros problemas na saúde pública, como o aumento do índice de IST'S e HIV na terceira idade. Muitos mitos, preconceitos, medos e preocupações desnecessárias poderiam ser minimizados se houvesse esclarecimento eficaz e informações suficientes. É necessária a criação de estratégias em saúde que levem até eles informações sobre formas de transmissão e prevenção de DST/AIDS, para que ocorra uma possível mudança no comportamento dessa faixa etária (SOUZA, 2009).

Nossa população vem refletindo atualmente o aumento da expectativa de vida e com isso o processo de envelhecimento é uma realidade clara, e como profissionais enfermeiros que prestam assistência à saúde da população não podemos negligenciar a sexualidade na terceira idade. O enfermeiro é o protagonista principal na assistência e educação em saúde da população e não torna-se diferente nesta fase da vida. Quando indagamos aos jovens sobre a sexualidade na terceira idade observamos que há um negativismo que impera nos dias atuais sendo o velho considerado como “velho safado” quando se gosta de sexo, impedindo assim que haja uma liberdade sobre o assunto, e até mesmo gerando um sentimento de culpa como se já estivesse passado o tempo das práticas sexuais, esquecendo que o sexo não envolve apenas o prazer, mas sim uma soma de sentimentos e emoções que vai além do toque em si.

De acordo com Cavalheiro (2008), as pessoas acham feio, negam-se a aceitar que o idoso possa querer namorar. Esquecem que a sexualidade não é só genitalidade, existe também uma afetividade que é essencial ao ser humano.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do presente estudo possibilitou a identificação das dificuldades do profissional enfermeiro em abordar o tema da sexualidade com os idosos, este déficit na comunicação afeta negativamente a vida sexual dos idosos. Muitos mitos, preconceitos, med

os e preocupações desnecessárias poderiam ser minimizados se houvesse esclarecimento eficaz e informações suficientes. O que gera um problema de saúde pública, pois a falta de conhecimento acarreta no aumento do índice de IST's e HIV justamente pela ausência de informação e conhecimento sobre o assunto.

O enfermeiro precisa estar preparado para encarar os anseios e dúvidas por eles enfrentados, sabendo abordar e orientar os idosos respeitando o espaço de cada um, pois há suas peculiaridades, limitações e transformações. O que nos chamou atenção é que 71,4% dos idosos quando questionados se já receberam algum tipo de orientação pelo enfermeiro da sua unidade básica de saúde, responderam que não, fato este que retrata a falta de comunicação necessária acerca do tema, deixando a desejar o esclarecimento necessário, pois não é apenas a questão sexual que deverá ser abordada, mas também os sentimentos, emoções que serão envolvidas quando o enfermeiro traz a existência do tema na hora da consulta de enfermagem. Esse estudo foi de grande importância para o nosso conhecimento e crescimento profissional, no qual tivemos a oportunidade de debater o tema junto aos idosos atentando para os principais anseios e dúvidas por eles enfrentados, esclarecendo o mito de que o “velho não tem desejo sexual ativo”, fato este que acarreta mais dificuldade na hora de abordar a temática durante a consulta de enfermagem, pois muitos deles se negam em falar sobre o assunto, guardando as dúvidas para si, gerando um sentimento de impotência acerca da temática. Destemodo torna-se necessário o aperfeiçoamento do profissional enfermeiro sobre o assunto, desenvolvendo ações para promover seu bem-estar, dando ênfase a sexualidade na terceira idade com práticas educativas e conscientização do sexo seguro.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 101-113, 2007.

ALMEIDA, A. A.; PATRIOTA, L. M. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosos usuáries do programa Saúde da Família do bairro das cidades – Campina Grande/PB. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2009. Disponível em: Acesso em: 25 fev. 2011.

ALENCAR, Danielle Lopes de et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 3533-3542, 2014.

BRASIL. IBGE. **PNAD 2016**: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>> 24/11/2017. Acesso em 04/05/2018, v. 6,2016.

CAVALHEIRO, B. C. **Análise da produção científica sobre a sexualidade da mulher idosa em periódicos da enfermagem, saúde pública e gerontologia, no período de 2003 a 2007**. 2008. 142f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN, 2007.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 35, n. 3, 2000.

# **ASSISTENCIA DO ENFERMEIRO NAS ORIENTAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE**

## **EMPLOYEE ASSISTANCE IN THE GUIDELINES ON SEXUALITY IN THE THIRD AGE**

Cirlene Maria da SilvaMarques<sup>1</sup>  
Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>2</sup>  
Teresa Cristina Albuquerque Leal<sup>3</sup>  
Maria das Graças Lucena<sup>3</sup>

### **RESUMO**

Durante a realização desta pesquisa tivemos como objetivo analisar a assistência adequada prestada pelo enfermeiro nas orientações sobre a sexualidade na terceira idade descritas na literatura. Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva, buscando informações acerca da assistência de enfermagem nas orientações sobre sexualidade na terceira idade. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da Biblioteca Virtual de saúde e sites como Google Acadêmico, onde foram selecionados textos publicados no período de 2011 a 2017. Foram identificados 21 artigos científicos disponíveis sites; google acadêmico, biblioteca virtual com enfoque na temática sobre assistência do enfermeiro na sexualidade na terceira idade, todos os artigos foram apresentado na língua português no período descrito. Com a conclusão desta pesquisa, foi possível observar que a assistência de enfermagem na sexualidade na terceira idade relata a importância da promoção, manutenção e restabelecimento da saúde do idoso, devendo esta ser empenhada pelo enfermeiro, buscando um entendimento no processo cultural, religioso e os valores morais existentes no contexto familiar e comunidade dos idosos.

**Palavras-chaves:** Sexualidade, Idosos, Assistência do Enfermeiro.

### **ABSTRACT**

During this research we had the objective of analyzing the adequate assistance provided by the nurse in the guidelines on sexuality in the elderly described in the literature. This was a descriptive bibliographical research, seeking information about nursing care in the guidelines on sexuality in the elderly. The bibliographic survey will be carried out through the Virtual Health Library and sites such as Google Scholar, where selected texts were published in the period from 2011 to 2017. We identified 21 scientific articles available sites; google academic, virtual library with a focus on the theme about nursing care in sexuality in the elderly, all articles were presented in the

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (81) 99109-1142. Email: cilenemaria@live.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Especialista em Metodologia do Ensino Superior e Enfermagem do Trabalho. Professora do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99364-2100. E-mail: suzinhaazevedo85@gmail.com.. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4346108369552356>

<sup>3</sup> Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

Portuguese language in the period described. With the conclusion of this research, it was possible to observe that the nursing care in the sexuality in the third age relates the importance of the promotion, maintenance and reestablishment of the health of the elderly, and this should be committed by the nurse, seeking an understanding in the cultural, religious process and the values in the family context and community of the elderly.

**Keywords:** Sexuality, Elderly, Nurse's.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o termo sexualidade sofreu uma evolução de ser enfrentada apenas como um ato genital ou sexual, ampliando o conceito apenas físico passando a compreender a influência emocional e sentimento que o sexo representa. A Organização Mundial de Saúde define sexualidade um conjunto de ações que nos motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade que se interage no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; ao mesmo tempo a sexualidade influencia pensamentos, sentimentos e interações também a nossa saúde física e mental, está completamente envolvida neste contexto (BRAGAS, 2012).

A importância da sexualidade e o conhecimento a respeito das principais dificuldades vivenciadas em todas as fases da vida é bastante delicada, existe momentos que é propício a orientação na terceira idade. Pesa da sociedade encarar como nula a sexualidade no idoso, pois é notável que ela existe e precisa ser desmistificada através do esclarecimento e da quebra de preconceitos (TEXEIRA et al; 2012).

A sexualidade do idoso pode ser encarados de maneira saudável, para que ele se sinta confortável, da mesma forma que é para pessoas mais jovens. Sendo assim as outras faixas etárias é importante que seja acompanhada da afinidade; amar e ser amado faz parte dessa interação cabendo também a família respeitar a intimidade do casal idoso.

A sexualidade na terceira idade não pode ser alvo de comentários indesejáveis entre parentes e amigos. Cabe ao enfermeiro orientar o idoso com estratégia associando ao bom senso com respeito (QUESADO et. al., 2011). O envelhecimento é um processo natural que o organismo é submetido a várias mudanças físicas e funcionais. Essas modificações provocam mudanças no funcionamento do organismo é nesse sentido que as pessoas na terceira idade a evidência da sexualidade pode ter



diversos pontos positivos, sendo uma oportunidade de expressar amor, carinho, afeto, sensualidade, admiração e compreensão nesta fase de vida (ALMEIDA, MOURA; PESSOA; 2017).

A sexualidade na terceira idade é baseada em mitos e preconceitos que historicamente agregam a disfunção ou a incapacidade de obter uma ligação a satisfação pelo que considera uma mudança no sentido de paradigma para o qual as intervenções da equipe de enfermagem possa agir de forma determinada; através dos conhecimentos e da evidencia científica. Os enfermeiros podem auxiliar para desmitificar os mitos, e preconceitos encarando com naturalidade de maneira que permita os idosos vivenciem de forma saudável e adequado esta etapa de mudança na vida (VIEIRA et al; 2014).

A enfermagem é uma ciência humanizada que segue os princípios a empatia e o conhecimento específico para assistência ao pacientes. Portanto todos os problemas que atingem o ser humano são de suma importância e relevância para este profissional. Neste contexto, ao lidar com a saúde do idoso e sua sexualidade no processo de envelhecimento o enfermeiro precisa dar a devida importância ao tema, pois a sexualidade faz parte do processo fisiológico do ser humano, e não pode ser considerada nula.

Hoje em dia a sexualidade é reconhecida como uma das dimensões importantes para qualidade de vida, e o profissional enfermeiro precisa estar preparado para orientar e abordar este conteúdo com pacientes na terceira idade (SILVA; OLIVEIRA; PEREIRA, 2017).

Diante disto é importante que o profissional de saúde principalmente o enfermeiro além da educação em saúde; possa agir, criar um espaço discursivo dos aspectos da sexualidade direcionando uma avaliação com abordagem holística aos idosos; considerar as condições biológicas e sociais, culturais e psicológicas que envolvem a sexualidade na terceira idade.

Diante do exposto, este estudo parte da seguinte questão: Qual a assistência adequada prestada pelo enfermeiro nas orientações sobre a sexualidade na terceira idade descritas na literatura?

Com a finalidade de responder ao questionamento, traçou-se os seguintes objetivos: analisar a assistência prestada pelo enfermeiro nas orientações sobre a sexualidade na terceira idade descritas na literatura; verificar nas publicações as intervenções de enfermagem acerca da sexualidade na terceira idade; e descrever os

fatores que interferem na sexualidade na terceira idade e as condutas para orientação destes indivíduos.

Diante dos fatos apresentados, pretendemos buscar um entendimento melhor diante da condição de vida dos idosos que apresentam dificuldades na sexualidade, através da assistência do enfermeiro sobre a sexualidade na terceira idade buscando sempre a melhor forma de compreensão sobre a qualidade de vida, justificando assim esta temática.

## **2 METODOLOGIA DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva, buscando informações acerca da assistência de enfermagem nas orientações sobre sexualidade na terceira idade.

Entende-se por pesquisa bibliográfica uma revisão da literatura sobre as principais teorias que conduzem o trabalho científico. Essa pesquisa bibliográfica é uma revisão, ou seja, um levantamento de estudos científicos, a qual pode ser realizada em livros, artigos de jornais, sites da internet entre outras fontes (PIZZANI et al;2012).

A pesquisa descritiva é uma das classificações da pesquisa científica, na qual o seu objetivo relatar ou descrever situações decorrentes das publicações relacionadas aos interesses de uma população, um fenômeno ou experiência para o estudo científico realizado (MATER; OLIVEIRA; MOTTA,2014).

A amostra foi composta de artigos científicos, revistas, documentos monográficos e textos de sites fidedignos. Para a coleta de dados, o levantamento bibliográfico foi realizado por meio da Biblioteca Virtual de saúde e sites como Google Acadêmico, onde foram selecionados textos publicados no período de 2011 a 2017, disponíveis na íntegra e no idioma português.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: sexualidade, assistência de enfermagem, idosos.

A amostra foi constituída de 21 artigos científicos levando em consideração os critérios de inclusão são artigos em texto com idioma em português na íntegra que abordassem a temática em questão e que estivesse no período entre 2011 a 2017. Os critérios de exclusão foram: estudo publicado em duplicidade, anos inferior a 2011 e não descrito na língua portuguesa. A amostra foi organizada por 16 publicações dentro do critério de inclusão.

### 3 ANÁLISES E DISCUSSÕES

Em relação aos artigos selecionados para a realização da pesquisa bibliográfica, quadro a seguir destaca: título, autor, ano, tipo de estudo, objetivo e contribuição sobre a proposta do tema.

| N | TÍTULO                                                                                       | AUTOR/ANO                        | TIPO DE ESTUDO                            | OBJETIVO                                                                                                   | CONTRIBUIÇÃO                                                                                                                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Conhecimento e Atitude de Futuros Profissionais da Saúde em Relação à Sexualidade na Velhice | RABELO; LIMA, 2011               | Estudo descritivo, de campo, quantitativo | Investigar o conhecimento e a atitude de universitários da área da saúde em relação à sexualidade do idoso | O planejamento e a Realização de programas que visem a trabalhar os estereótipos e preconceitos em relação à velhice, promovendo o desenvolvimento profissional na área da Gerontologia |
| 2 | O significado da sexualidade para o idoso assistido pela estratégia saúde da família         | SILVA et al, 2011                | Abordagem qualitativa                     | Descrever e discutir o significado da sexualidade para o idoso assistido pela ESF.                         | Contribuir para Diminuir os tabus e preconceitos estabelecidos pela sociedade                                                                                                           |
| 3 | Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos   | BIASUS; DEMANTOVA; CAMARGO, 2011 | Quantitativa                              | Descrever as representações sociais do envelhecimento e da sexualidade de pessoas com mais de 50 anos      | Compreender esse objeto é fundamental para a promoção de intervenções sociais eficientes.                                                                                               |
| 4 | Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS                   | PINTO et al, 2012                | Corte transversal, descritivo e analítico | Avaliar o conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos com HIV/AIDS                                 | Públicas voltadas para promoção e prevenção da saúde do idoso, além de acrescentar informações fundamentais na prevenção                                                                |

|   |                                                                                     |                                       |                        |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                              |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | O enfermeiro frente à sexualidade Na terceira idade                                 | <b>TEXIERA et al, 2012</b>            | Bibliográfica          | Abordar de maneira breve as principais mudanças que ocorrem no envelhecimento visando oferecer o melhor conhecimento aos seus conhecimentos atendimento do idoso sobre asexualidade. | É necessário que o enfermeiro estimule o idoso a conversar, auxiliando na qualidade de vida do mesmo, Buscando oferecer o melhor de seus conhecimentos para promover uma assistência de enfermagem eficiente |
| 6 | Idosos, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis: revista integrativa       | <b>SILVA; OLIVEIRA, 2013</b>          | Revisão integrativa    | Identificar a partir de uma revisão integrativa sobre os idosos, sua sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis                                                             | Qualificar os profissionais que atendem essa faixa etária para orientar sobre essa prática na sexualidade.                                                                                                   |
| 7 | Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa            | <b>ALENCAR et al, 2014</b>            | Revisão integrativa    | Objetivo deste artigo é analisar as evidências científicas que abordam os fatores que interferem na sexualidade de idosos                                                            | Fazendo-se necessária atuação do profissional de enfermagem na desmistificação de mitos e para promover orientações                                                                                          |
| 8 | A vivencia da sexualidade saudável nos idosos: o contributo do enfermeiro           | <b>VIEIRA; HASSAMO; VILELAS, 2015</b> | Pesquisa Bibliográfica | Compreender o contributo do enfermeiro para a vivência da sexualidade saudável nos idosos                                                                                            | Os enfermeiros Podem contribuir Para desmistificar Esta temática, Encarando a Com naturalidade, De modo a permitir Que os idosos Vivenciem de Forma saudável                                                 |
| 9 | Idoso e sexualidade Um abordagem da saúde perante as dificuldades na terceira idade | <b>LOPES; MISTURA 2015</b>            | Bibliográfica          | Buscar e compreender as dificuldades enfrentadas pelos idosos, na prática da sexualidade                                                                                             | O enfermeiro não deve prometer preservação da saúde, prevenção e melhor qualidade de vida, mantendo comprometido com a assistência de enfermagem..                                                           |

|    |                                                                                                                                            |                                      |                                               |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                   |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Sexualidade na terceira idade e terapia comportamental: revisão integrativa                                                                | <b>ARAUJO;ZAZUL A</b><br><b>2015</b> | Revisão integrativa                           | Identificar falhas e limitações dos estudos bem como sugerir novas questões e temas para pesquisa nesta temática | Proporciona preparação adequada para lidar com a sexualidade ao longo do ciclo vital, especialmente durante a terceira idade..                                                                                    |
| 11 | A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência                                       | <b>VIEIRA;COUTINHO;SARAIVA,2016</b>  | Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa | Apreender as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade.                                            | Possibilitam a compreensão dos sentimentos e emoções existentes na vida cotidiana dos idosos, que acabam por direcionar os comportamentos dessa população.                                                        |
| 12 | A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa                                                                                                  | <b>UCHÔA al,2016</b>                 | Estudo transversal, analítico                 | Identificar a percepção dos idosos acerca da sexualidade                                                         | Ações direcionadas a essa população visando a promoção da saúde integral da pessoa idosa                                                                                                                          |
| 13 | Sexualidade na terceira idade: fatores que interferem na vida sexual dos idosos do centro de convivência do idoso no município de santarém | <b>SANTOS al,2017</b>                | Quantitativo, com abordagem descritiva        | Verificar a satisfação em relação à vida sexual, verificar a frequência das relações sexuais dos idosos          | Relevante o desenvolvimento de programas de saúde pública específicos para população idosa, para que os profissionais de saúde possam da melhor forma esclarecer as principais dúvidas relacionadas à sexualidade |
| 14 | Ações de Educação em Saúde Sobre Sexualidade com Idosos                                                                                    | <b>SANTOS al;2017</b>                | Estudo de intervenção quantitativa            | Avaliar ações de educação em saúde sobre sexualidade em idosos                                                   | enfermeiros, bem como os demais profissionais da saúde, devem atuar na perspectiva de promoção da saúde com uma visão positiva do processo de envelhecimento                                                      |

|    |                                                                                          |                                     |                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 | Despertando o olhar para a abordagem da sexualidade do idoso                             | <b>ALMENDRO et al; 2017</b>         | Revisão bibliográfica,           | Identificar a abordagem da equipe de enfermagem na Atenção Básica em relação a sexualidade no idoso. Foi realizada uma busca | aa enfermagem despertou para o cuidado ao idoso, merecendo destaque o crescimento da enfermagem gerontológica, necessidades relacionadas com a terceira idade. |
| 16 | Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do hiv/aids | <b>MOURA; PESSOA; ALEMEIDA 2017</b> | Revisão descritiva, exploratória | Discutir a sexualidade na terceira idade e as medidas de prevenção contra HIV/AIDS                                           | O profissional de saúde deve em suas ações educativas enfatizar que a sexualidade é algo natural do homem                                                      |

**Quadro 1** – Distribuições dos estudos científicos incluídos sobre assistência do enfermeiro nas orientações sobre a sexualidade na terceira idade.

**Fonte:** Pesquisa direta, 2018.

O envelhecimento está diretamente relacionado a mudanças físicas, fisiológicas e psíquicas também no meio social, no passado a sexualidade do idoso foi negada e esquecida, mas hoje sabemos que uma boa infinidade de estudos, todos os benefícios que a sexualidade nessa etapa da vida traz para a saúde o bem estar e a qualidade de vida dos idosos. Apesar que os idosos estão cada vez mais conscientes de seus direitos e sabem que não podem ser privados dos exercícios de uma vida saudável e sua sexualidade em razão da idade; é uma situação que para algumas pessoas a sexualidade torna-se uma forma de encontro, relação e comunicação ou expressão (ARAÚJO, ZAZULA, 2015).

O número de pessoas idosas vem crescendo de maneira acelerada no Brasil e no mundo, as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mostram que nas últimas duas décadas, nos países da América Latina vêm acrescentando significativamente a probabilidade de vida e promovendo melhores condições de saúde no envelhecimento. No Brasil a expectativa de vida ao nascer, para ambos os sexos, já alcança os 75 anos. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia estima-se que em 2050 a população idosa chegará 19% IBGE. Assim, o fenômeno do envelhecimento populacional é uma realidade a ser analisada em sua complexidade (ROZENDO, ALVEZ, 2015).

Quando se trata assunto relacionado aos idosos de maneira geral, há uma carência na menção sobre seus problemas sexuais ou à sua sexualidade. As estratégias

nacionais voltadas à saúde sexual. As doenças sexualmente transmissíveis são primeiramente destinada ao público jovem, embora a indecência de doenças AIDS tenha aumentado na população cima de 50 anos; a ideia que os idosos estão menos expostos a doenças sexo-veiculadas e pouca atenção dos profissionais de saúde espalhando preconceitos e percepção geral sobre a sexualidade na terceira idade (RABELO, LIMA; 2011).

Fávero e Barbosa (2011), relatam um contexto de sexualidade na velhice e os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de enfermagem, embora não trate especificamente da psicologia porque sua importância é basear-se na formar mais clínica como realmente é a sexualidade entre os idosos quais os motivos de manter a sexualmente ativo no decorrer do seu desenvolvimento, os profissionais reconhecem a sua falta de conhecimento e que essa seria a razão pela qual não abordem o tema direcionado aos idosos. Embora uma boa terapia comportamental seja uma estratégia para lidar com os problemas e dificuldades.

O estudo acerca da sexualidade vem sendo incrementado de geração a geração e por não ter sido conservado, os idosos hoje dia tem poucos conhecimentos sobre o tema proposto, e fato que o silencio diante desse contextualidade percebe-se que há uma grande necessidade de expor as ações de saúde sobre a sexualidade. Para falar de sexo nesta fase os idosos não compreendem espontaneamente o que é na verdade qualidade de assistência voltada as dificuldades encontradas na sexualidade na terceira idade (MOURA; PESSOA; ALMEIDA, 2012).

De acordo com Vieira e Coutinho (2016) O envelhecimento da população apresenta um fenômeno natural, que entra em destaque nos desafios constantes as equipe de saúde. É considerável estabelecer qualidade de vida através do enfermeiro que tem um papel fundamental nos cuidados ativos na saúde das pessoas na terceira idade; entretanto é possível que o a equipe de enfermagem promova uma autoestima no aspecto psíquico, sentimentos e percepções do idoso são estratégias importantes para o bem estar dos idosos.

Segundo Santos et al, (2017) os problemas na sexualidade na vida dos idosos está direcionada a falta de informação, embaraço, preconceito preocupação, impotência nos homens e a diminuição dos hormônios que acarreta a ausência de lubrificação nas mulheres e a falta de desejo sexual dentro outros. Na terceira idade alguns estudos comprovam que conservar a vida sexual ativa é fundamental para o bem estar dos indivíduos. Por esta razão a promoção da saúde incentivado pelo

enfermeiro é a melhor forma de contribuir para elevar a autoestima da população idosa.

Alguns estudos mencionam que manter a vida sexual ativa é primordial para estabelecer qualidade de vida e o bem estar. Portanto na promoção da saúde o enfermeiro tem um papel preponderante nos cuidados essenciais na saúde do idoso. É fundamental que o profissional da saúde em seus atendimentos questione os aspectos referentes à prática sexual da pessoa idosa no sentido de levantar a autoestima e melhorar a vida psíquica do idoso. Cabe ao enfermeiro ajudar o idoso por meio de orientações úteis para eles conviver melhor com a sexualidade nesta fase de vida (LOPES; MISTURA, 2015).

O profissional enfermeiro precisa estar apto sobre as orientações necessárias para abordar este assunto com pacientes na terceira idade, apesar das dificuldades enfrentadas no processo de envelhecimento não parece ter tanta importância, mas a sexualidade faz parte das necessidades fisiológica e emocional dos idosos, portanto a atenção dos profissionais de saúde nesse processo é importante para amenizar as dificuldades enfrentadas na sexualidade na terceira idade (TEIXEIRA et al, 2012).

As necessidades dos idosos são diversas, e abundantes, transformando a terceira idade uma questão social que demanda respostas públicas da política que possam contemplar os seus direitos e as carências, as preferências e a capacidade dos idosos reconhecendo a importância de sua viabilidade individual. Dentro desse cenário, as políticas públicas vão ao encontro a essas exigências, enfatizando o direito a uma atenção integral por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) garantido acesso universal e igualitário a um conjunto articulado de ações e serviços (CASTRO, 2013).

Diante de tantas demandas, a sexualidade é um assunto no processo de envelhecimento que parece não ser relevante, sem compreensão no momento de dúvidas; porém a sexualidade faz parte da função fisiológica do ser humano, e tem que ser considerada. Na época atual a sexualidade é assumida como uma das dimensões mais importantes para melhoria da qualidade de vida (DANTAS; NETO, 2014).

Portanto, o profissional de enfermagem pode contribuir para melhoria das dificuldades encontradas ou identificadas no processo da sexualidade também visualizar os fatores que estão associados à menor autonomia e desenvolvendo ações grupais em conjunto com o idoso e seus familiares, analisando a expressão de desejos e a capacidade de decisão nessa etapa da vida (CANEPA et al; 2014).

Desta forma, a velhice não implica deter a sexualidade, que pode continuar viva. Porém há casais idosos que deixam de viver a sua sexualidade, por medo de não está



mais preparado e insatisfeito com o próprio corpo, o que na maior parte dos casos leva uma redução de prazer. A sexualidade é reconhecida como aspecto importante da saúde e se for vivida adequadamente é fonte de equilíbrio e harmonia para favorecer uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos outros (VIEIRA; HASSAMO; VILELAS,2014).

Na sociedade demonstram muitos mitos sobre a sexualidade na fase do envelhecimento que são aptos de trazer prejuízos para as vivências sexuais dos idosos e com isso consequentemente ocasionando um dano na sua qualidade de vida. Alguns mistos referem ao fato de acreditar que a sexualidade na terceira idade não tem tanta importância nesta etapa de vida e por falta de conhecimento traz consequência dos preconceitos, e a falta de oportunidades de relacionamento; por isso o aumento de qualidade de vida e uma maior esperança que contribui para que o idoso viva mais e melhor (OLIVEIRA et al;2016).

Todavia, graças às transformações socioculturais ocorridas nas últimas décadas, o aumento da qualidade de vida e à influência da mídia, os idosos começaram a conhecer mais a sua própria sexualidade. Ainda as transformações físico-biológicas causam alterações no que se refere à libido que significar reascender o desejo sexual garantido uma vida de qualidade (ALMENDRO et al, 2017).

O fator importante que não convém com as mudanças nesta fase é a insatisfação com a própria imagem corporal referente ao aumento de peso, principalmente nas mulheres, pois se tornam mais insatisfeitas com sua aparência física, e com isso as mesmas acabam se recusando a manter relações afetivas com seu parceiro (ALENCAR et al, 2014).

A qualidade de vida para os idosos deve envolver a satisfação quanto aos seus princípios como, por exemplo, os bons relacionamentos interpessoais, o equilíbrio emocional, boa saúde física, ter hábitos saudáveis, lazer e bens materiais com relação à espiritualidade, trabalho, caridade, e ao conhecimento de ambientes tranquilo e favorável. Desta maneira é muito importante que os profissionais de saúde principalmente o enfermeiro acolham os idosos de maneira eficiente e lhe ofereçam apoio emocional, respeito uma assistência de qualidade ajustada a suas necessidades; ainda que o envelhecimento seja uma conquista das nações civilizadas e progressistas, cabe evidenciar que não basta apenas aumentar a expectativa de vida, mas também buscar um melhor desempenho na sua maneira de viver (DANTAS et al, 2017).

A falta de comunicação dos idosos sobre sua a sexualidade pode provocar

danos sua saúde, pois muitos deles não sabe lidar com as complicações que aparece nessa condição física e emocionais. Por tanto a equipe de saúde com o conhecimento da sexualidade deve ser discutida com a população idosa para incentivar dentro de uma prática saudável, promovendo a melhor forma de qualidade de assistência possível ao idosos sobre a sua sexualidade (LOPES; MISTRURA, 2015).

Conforme Silva et al, (2011) a sexualidade do idoso é um processo delicado que pode causa incômodos, pois trata-se de um assunto que envolve o contexto da personalidade e como pessoa na terceira idade se sentir ou expressa nessa realidade. É fundamental que todo profissional de saúde exclusivo o enfermeiro tenha conhecimento do significado que a sexualidade tem na terceira idade para desenvolver ações de educação em saúde com uma visão holística, no intuito de prestar à assistência de qualidade de vida a população idosa.

Alguns autores relatam que a mídia reforça que a sexualidade está direcionada a corpos jovens, e os idosos não estão mais ativo nessa condição. No entanto é importantíssimo as ações de enfermagem na avaliação e a necessidade de uma atenção integral aos idosos para que vivam intimamente todas as dimensões da vida e ofertando a saúde do indivíduo em todas as circunstâncias. (UCHÔA et al, 2016).

Para Teixeira (2012) é notória o conhecimento sobre a sexualidade a respeito das principais dificuldades vivenciadas pelos idosos. É importante reconhecer em todas as fases da vida das pessoas na terceira idade a necessidade de interferir na qualidade de vida sobre as orientações específica de manter uma vida tranquila diante dessa condição de preconceitos e negação da sociedade.

A sexualidade é a maneira com que cada ser humano se expressa por meio de olhares, cheiros, troca de sons, toques e carícias. Não se trata, portanto, apenas do ato sexual em si. Ela é influenciada por inúmeros fatores como: hormonais, emocionais, sociais e culturais. É essencial também à comunicação humana, sendo um autêntico ponto de encontro entre as pessoas (SILVA; ANDRADE; OLIVEIRA, 2013).

Os idosos sofrem de problemas sexuais e preocupações que não são diferentes daqueles das pessoas jovens; todavia os fatores biológicos e psicológicos podem exigir mais atenção. Os idosos contemporâneos, e, sobretudo, os casais idosos, podem ter os mesmos problemas que envolvem as pessoas de todas as idades, daí surgirem certas dúvidas em pessoas mais jovens, preocupadas com que o futuro lhes reserva (DANTAS; NETO, 2014).

Assim, a pesquisa apresentada foi de grande importância, pois através do

contado com os idosos, pôde-se conhecer e compreender qual o significado que a sexualidade tem em sua vida. Dessa forma, o conhecimento adquirido proporcionará que o enfermeiro, assim como outros profissionais de saúde possam ter um novo olhar quanto ao tema em questão, para que venham a desenvolver ações de educação em saúde sobre sexualidade, proporcionando um cuidado holístico, particular a condição de cada um, melhorando a assistência prestada e a qualidade de vida do idoso (SILVA et al;2011).

A enfermagem é uma ciência humanizada que possui como princípio básico a empatia e o conhecimento técnico para a assistência aos pacientes. Diante disto, todos os problemas que afligem o ser humano são importantes e principalmente quando lidamos com a saúde do idoso. A sexualidade diante de tantas dificuldades vivenciadas no processo de envelhecimento parece não ter tanta importância, porém a sexualidade faz parte das necessidades fisiológicas do ser humano, e não pode ser considerada nula. Atualmente a sexualidade é reconhecida como uma das dimensões importantes para qualidade de vida. O enfermeiro precisa estar preparado para orientar e abordar este assunto com pacientes na terceira idade, visto que faz parte de suas funções como educador e prestador de assistência humanizada (TEXEIRA;2012).

Portanto, conclui-se afirmando que a humanização e o acolhimento são imprescindíveis para estabelecer um vínculo entre profissional e o paciente, pois a partir do momento em que este vínculo é instituído se tem uma estratégia e conhecimento sobre a realidade em que as pessoas na terceira idade vive e as ações de enfermagem podem ser realizadas de modo efetivo, favorecendo uma assistência melhor na vida dos idosos.

Desta forma, tantos os estudantes da área de saúde ou profissional de enfermagem nesta complexa realidade de transição demográfica precisam buscar por novos conhecimentos e procedimentos que garante um desenvolvimento das pessoas, fortalecendo sua presença profissional. A assistência do profissional de enfermagem prestada, está direcionada qualidade de serviços de saúde através da estrutura social, envolvendo uma assistência integral as pessoas na terceira idade visando a necessidade de cada uma delas (RABELO, LIMA;2011).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo sobre a assistência de enfermagem na sexualidade na terceira idade relata a importância da promoção, manutenção e restabelecimento da saúde do idoso, devendo esta ser empenhada pelo enfermeiro, buscando um entendimento no processo cultural, religioso e os valores morais existentes no contexto familiar e comunidade dos idosos. É importantíssimo averiguar mais os estudos que englobem as temáticas das ações de enfermagem para melhoria da qualidade de vida na terceira idade; na compreensão da promoção da saúde, ressaltando os aspectos saudáveis dos indivíduos e grupos na idade avançada.

Os enfermeiros capacitados e competentes devem ter uma maior atuação tanto na assistência como na produção de pesquisas voltadas as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais dos idosos, com o intuito de ampliar os estudos e intervenção de enfermagem para que estes possam ser eficiente na prática clínica e possibilitem melhorar a sua maneira de manter uma vida saudável.

Portanto, esta pesquisa passou a desperta-me através do meu trabalho com os idosos, e pude compreender a dimensão da necessidade que os idosos carece em relação sua sexualidade; foi através dessa pesquisa científica que adquirir e ampliei meus conhecimentos para quebra este tabu e oferecer qualidade na assistência aos idosos na terceira idade.

## REFERÊNCIA

ALENCAR, Danielle Lopes de et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3533-3542, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org> acesso em: 22.08.2018.

ALMEIDA, Mayron Moraes; MOURA, Dayana Silva; PESSÔA, Rosalba Maria Costa. SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: uma discussão acerca das medidas de prevenção do hiv/aids. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 3, n. 1, p. 407-415, 2017.

ALMENDRO, Juliana Barreto et al. Despertando o olhar para a abordagem da sexualidade do idoso. **REVISTA UNINGÁ**, v. 52, n. 1, 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1374>. Acesso em: 25.04.2018.

ARAÚJO, Solemar Legnani; ZAZULA, Robson. Sexualidade na terceira idade e terapia comportamental: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.12, n.2, 2015.

BIASUS, Felipe; DEMANTOVA, Aline; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações

sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas em psicologia**, v. 19, n. 1, p. 319-336, 2011.

BRAGA, M.R. Saiba o que é sexualidade e conheça seus direitos. Centro de Estudos e Pesquisas de Comportamento e Sexualidade. **Psicóloga e Terapeuta Sexual**. 2012.

CANEPA, Elaine Barros Saraiva; CARDOSO, Andréia Insabralde de Queiroz; RICARDINO, Aloma Renata. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: uma revisão. **Interbio. Maio**, v. 8, n. 1, p. 57-62, 2014.

CASTRO, S. Sexualidade na terceira idade - a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. enferm UFPE online**. Recife, 7(10):5907-14, out., 2013.

DANTAS NETO, Francisco Assis et al. Sexualidade na terceira idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n.1, p.317-326, 2014.

FÁVERO, Marisalva F.; BARBOSA, S. C. Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de enfermagem. **Terapia Sexual**, v. 14, n. 2, p. 11-40, 2011.

TEIXEIRA, Jéssica Sobrinho et al. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 63-68, 2012.

LOPES, Aline Suellen Pereira; MISTURA, Patrícia Andressa. Idoso e sexualidade: uma abordagem da saúde perante as dificuldades na terceira idade. **Facider-Revista Científica**, n. 7, 2015.

MATTAR, Fauze Najib; OLIVEIRA, Bráulio; MOTTA, Sérgio. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise**. Elsevier Brasil, 2014.

MOURA DA SILVA, E. et al. O significado da sexualidade para o idoso assistido pela estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 4, n. 4, p. 30-35, 2011.

OLIVEIRA, Graziela Neves. et al. Enfermagem a sexualidade na qualidade devida. In: **Anais do Simpósio de TCC e Seminário de IC ICESP**, v. 1, p. 969, 2016.

PINTO OKUNO, Meiry Fernanda et al. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2012.

PIZZANI, Luciana et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 10, n. 1, p. 53-66, 2012.

QUESADO A.J.P.D. et.al. Sexualidade do idoso: perspectiva do enfermeiro. In: **Congresso SPESM Informação e Saúde Mental**. p. 154. Nov. 2011.

RABELO, Dóris Firmino; LIMA, Claudia Feio. Conhecimento e atitude de futuros profissionais da saúde em relação à sexualidade na velhice. **Revista Kairós**:

**Gerontologia**, v. 14, p. 163-180, 2011.

SANTOS, Núbia Fernanda Vieira et al. Ações de educação em saúde sobre sexualidade com idosos. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 162-171, 2017.

SILVA, Eva Maria de Moura Laureano; OLIVEIRA, Danilo Moraes; DA SILVA PEREIRA, Neirilanny. **Olhar de enfermeiro na atenção primária de saúde: prática sexual na terceira idade** 2017. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/05/17104.pdf> Acessoem:22.08.2018

SILVA, L. A. N.; AAV, Oliveira. Idosos, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis: TEIXEIRA, Marisa Moreira et al. O enfermeiro frente à sexualidade na terceira idade. **Revista da Universidade Ibirapuera**, v.3,2012. UCHÔA, Y. da S. et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Rev Bras Geriatr Gerontol** , v. 19, n. 6, p. 939-49, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4038/403849869006/>

VIEIRA, S.HASSANO, V.VILELAS. A vivência da sexualidade saudável nos idosos: O contributo do enfermeiro. **Salutis Scientia–Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, v. 6, 2014.

# HUMANIZATION AS AN INFLUENT FACTOR IN THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY

Eliziane Lourenço Lima<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Maria das Graça Lucena<sup>3</sup>

Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>

## RESUMO

Existe uma relação direta entre o aumento da população dependente e o excesso de envelhecimento da população. Os idosos dependentes são os que geram mais cuidados e também os mais expostos a situações de abuso ou tratamento inadequado pela equipe que tem a obrigação de assumir seus cuidados. Este estudo objetiva identificar através da literatura fatos relevantes da necessidade do tratamento humanizado na promoção da saúde do idoso, evidenciando o papel do cuidado pela enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfico, elaborada a partir de material já publicado, utilizando artigos publicados no período entre 2008 a 2018. Desse modo, faz-se necessário promover cuidados de qualidade entre os idosos institucionalizados, especialmente aqueles que, em virtude de sua situação de dependência, os tornam mais vulneráveis, devido ao próprio desamparo e dependência de outros para realizar todas as atividades básicas da vida diária. É essencial para proporcionar atendimento de qualidade e apenas humanizar o tratamento cotidiano, a qualidade de vida das pessoas será aprimorada institucionalizada. O cuidado humanizado de idosos reduz os índices de depressão, ansiedade e doenças motoras, com isso perfazendo necessário quando visa uma qualidade de vida para os idosos. Através do presente trabalho, concluiu-se que a humanização e o acolhimento passaram a ser vistos com zelo e cuidado pelos profissionais da saúde e usuários, principalmente em relação aos idosos, devido às condições especiais que o grupo senil apresenta, e às necessidades de atendimento adequado para uma melhor qualidade de vida.

**Palavras- chaves:** Enfermeiro. Saúde. Humanização

## ABSTRACT

There is a direct relationship between the increase in the dependent population and the excess of aging of the population. Elderly dependents are the ones who generate the most care and also those most exposed to situations of abuse or inadequate treatment by the team that has the obligation to take care of them. This study is a bibliographical study, based on published material, using articles published in the period between 2008 and 2018. Thus, it is necessary to promote quality care among the institutionalized elderly, especially those who, due to their situation of dependence, make them more vulnerable, due to their own helplessness and dependence on others to perform all the

<sup>1</sup>Graduanda do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [Eliziane.limaa@gmail.com](mailto:Eliziane.limaa@gmail.com)

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira Mestre. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [karellineir@gmail.com](mailto:karellineir@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP.

basic activities of daily life. It is essential to provide quality care and only humanize the daily treatment, people's quality of life will be improved institutionalized. The humanized care of the elderly reduces the rates of depression, anxiety and motor diseases, making it necessary when it aims at a quality of life for the elderly. Through the present study, it was concluded that the Humanization and the welcome were viewed with care and care by health professionals and users, especially in relation to the elderly, due to the special conditions that the senile group presents, and the needs of care suitable for a better quality of life.

**Keywords:** Nurse. Health. Humanization

## 1 INTRODUÇÃO

Uma análise sobre a demografia recente do Brasil mostra uma população que está envelhecendo no ritmo mais rápido de sua história moderna. A esperança de vida para o país da América Latina passou de 45,5 em 1940 para 75,5 em 2015, enquanto que os anos de idade para adultos com mais de 60 anos aumentaram 8,9 anos (subindo de 13,2 para 22,1 anos). Provavelmente até 2050, o Brasil terá cerca de 66 milhões de pessoas acima dos 60 anos, vivendo em seu território, ou três vezes mais que os 24 milhões atuais (BRASIL, 2003).

A terceira idade para o ser humano não é uma fase encarada naturalmente. Para muitos, essa etapa da vida é cercada de muitas mudanças físicas e psicológicas que provocam variadas modificações no corpo, o que demanda uma atenção especial à saúde (ALVES et al., 2015).

O termo velhice é considerado para uns como o último ciclo da vida, independente de condições de saúde e hábitos regulares. É individual, pode vir acompanhado de perdas psicomotoras, sociais, culturais entre outras. Para outros a velhice é uma experiência subjetiva e cronológica. Acredita-se que seja uma construção social que cria diversas formas diferentes de se entender o mesmo fenômeno, dependendo de cada cultura (MANZARO, 2014).

De acordo com o mesmo autor, o termo idoso subentende todo e qualquer indivíduo acima de 60 anos de idade. Este conceito foi criado na França em 1962, substituindo termos como velho e velhote e foi adotado no Brasil em documentos oficiais, logo depois. O idoso é o sujeito do envelhecimento.

Os dados sobre o envelhecimento da população brasileira é alarmante principalmente quando é reportado à desumanização do mundo do envelhecimento, saúde, sofrimento e morte é algo universal. Em todos os cantos do mundo ouvimos a demanda para humanizar. E, na situação de dependência, doença própria ou de um



ente querido bem-vinda toda a tecnologia existente para diagnosticar, tratar, reabilitar, mas estávamos sempre insatisfeitos com a tecnologia que é usada para medida da nossa dignidade humana (OLIVEIRA; CONCONE; SOUZA, 2016).

A senilidade deve ser entendida como um todo já que é, ao mesmo tempo, um processo biológico com efeitos psicológicos, onde certas atitudes são apontadas como atributos da velhice. Assim como em toda a condição humana, o envelhecimento tem uma extensão existencial, que muda a inclusão da pessoa com o momento, originando modificações em sua relação com o mundo e com sua vida (MARTINS, 2008).

Os maus tratos aos idosos são um fenômeno de pouca transcendência social, apesar de suas repercussões no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos, principalmente dos idosos, que são os mais dependentes e fazendo assim que tenha um cuidado e atenção maior, e esses, por sua vez, geram maior sobrecarga nos cuidadores. Infelizmente, ainda não há sensibilidade ou consciência social para tornar visível este problema que irá aumentar à medida que a população envelhece e atinge idades mais longas, devido ao aumento de pessoas mais idosas que são cada vez mais dependentes que exigirá cuidados prolongados em centros residenciais (FAGOSO et al., 2008).

O idoso tem o direito de atendimento especial, e este é apenas uma maneira de prevenir e promover a saúde do idoso ainda na atenção básica, este proporciona um tratamento adequado ao idoso, ao cuidador e ao familiar, tudo isso resulta na humanização da assistência. A humanização deve acontecer nas unidades de atenção básica, nas unidades de permanência, nos hospitais públicos e privados, não deve haver a discriminação ou a falta de cuidado adequado com os pacientes (SILVA et al, 2015).

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, calcados em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE; CORREA, 2010).

O ato de realizar a humanização está dentro do escopo de muitas áreas, desde o político, o econômico, o cultural, os prestadores de serviços de infraestrutura, equipes interdisciplinares humanizadas e a ajuda aos mais velhos, em suas qualidade nas relações pessoais. É esse ambiente relacional em que geralmente pensamos quando

falamos de humanização. Tratar o idoso usando tecnologias para facilitar a vida e humanizar o contato o dia-a-dia. Utilizando a inteligência da racionalidade intelectual e com a sabedoria humanizada (OLIVEIRA; CONCONE; SOUZA, 2016).

Essa conjuntura acarreta um grande desafio para a sociedade e principalmente, para o setor saúde que sofreu um grande impacto, porque esse envelhecimento vem acontecendo muito rápido e sem que tenha ocorrido previamente, uma sustentável melhoria das condições de vida da população (VERAS, 2004). Contudo, envelhecer não necessariamente tem que estar associado a doenças e incapacidades, mas infelizmente doenças crônico-degenerativas frequentemente são encontradas nessa faixa etária (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Diante o exposto, este estudo objetiva identificar através da literatura fatos relevantes da necessidade do tratamento humanizado na promoção da saúde do idoso, evidenciando o papel do cuidado pela enfermagem.

## **2 METODOLOGIA**

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de análises de livros, internet, revistas, entre outros meios que busquem o melhor desempenho na pesquisa de cunho qualitativo, eis que se busca compreender e interpretar as expectativas sobre o tema. Segundo com Creswell e Clark (2015), dada às particularidades da pesquisa, deve-se classificar como exploratória e de revisão de literatura (ou pesquisa bibliográfica). Exploratória porque o ponto de partida foram suposições inspiradas em revisão preliminar da literatura disponível sobre os assuntos separadamente, quando o objeto do estudo se delineou, balizando a pesquisa de análise dos resultados. Isto posto, a visão exploratória ajuda a identificar a relação entre as expectativas e o estilo de implantação.

A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS, PINTO, 2007).

A análise e preparação desta revisão bibliográfica basearam-se no material científico devidamente publicado em livros, artigos e publicações. A pesquisa bibliográfica foi realizada via internet a partir de plataformas de pesquisa *Medline*, *SciELO*, *Bireme* e *Pubmed*. As palavras-chave usadas na pesquisa são: humanização

de idosos, qualidade de vida em idosos, idosos e melhorias na saúde, atendimento humano em idosos.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a composição do estudo, as publicações selecionadas envolveram Portarias, Resoluções e artigos científicos que abordavam a humanização como fator influente na qualidade de vida do idoso. As Portarias e Resoluções selecionadas estão apresentadas no Quadro 1.

| REFERENCIA                                  | TITULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ANO  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.      | Cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1994 |
| Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.     | Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.                                                                                                                                                                                                                                                 | 2003 |
| Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2001. | Regulamenta a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como principais diretrizes, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, a reabilitação e apoio a pesquisa e estudos nessa área. | 2001 |
| Portaria 399/2006.                          | Pacto pela Saúde 2006,determina algumas diretrizes norteadoras de suas ações em relação aos idosos como: estímulo as ações Inter setoriais, implantação de serviços de atenção domiciliar, promoção do envelhecimento saudável.                                                                                               | 2006 |

Fonte: Dados da Pesquisa 2018.

**Quadro 1 – Portarias e Resoluções sobre a humanização como fator influente na qualidade de vida do idoso.**

A saúde é um direito social fundamental garantido na Constituição Federal de 1988, e o Estado deve efetivar prestações positivas através de Políticas Públicas sociais e econômicas. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL,2001).

Discussões sobre a proteção aos idosos ocorreram no Brasil por décadas. A primeira política específica foi criada em 1994, denominada Política Nacional do Idoso, que visa garantir os direitos sociais aos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na PNSI, em 12 de abril de 2002, o Ministério da Saúde criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e determinou às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde a adoção de providências necessárias à implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habilitação e cadastramento dos Hospitais Gerais e dos Centros de Referência que integrarão essas redes (BRASIL,1994).

Completando a defesa dos direitos dos idosos, em 1º de outubro de 2003, foi promulgada pelo Senado Federal a composição final do Estatuto do Idoso (ES), que certifica: "O idoso beneficia todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano assegurando-lhe que por lei ou outros meios, todas as oportunidades de preservar sua saúde física e mental, sua melhoria moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. , a comunidade, a sociedade e o dever do governo de assegurar prioridade absoluta ao idoso, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária" (MARTINS, 2008).

Posteriormente, em 2006, foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que enfoca a saúde de todo cidadão brasileiro de 60 anos ou mais. Frente ao desafio do envelhecimento populacional em condições de desigualdade social e de gênero, esta política estabelece como objetivo fundamental "recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, concentrando medidas coletivas e individuais de saúde para alcançá-la, de acordo com a princípios e diretrizes do "Sistema Único de Saúde" (Sistema Único de Saúde) (MARTINS, 2008).

O Pacto pela Vida de 2006 determina que devam ser seguidas, algumas diretrizes norteadoras de suas ações em relação aos idosos como: estímulo as ações Inter setoriais, implantação de serviços de atenção domiciliária, promoção do

envelhecimento saudável, atenção integrada e integral a saúde da pessoa idosa, fortalecimento da participação social, acolhimento preferencial em unidades de saúde, provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização da pessoa idosa indica que o acolhimento permaneça embutido nas ações de atenção e de gestão e que congregue os que compartilham a evolução da saúde. O modo de atuar da Política Nacional de Humanização (PNH) dá-se pela facilidade de interagir, utilizando técnica, instrumentos e maneiras de operar. Em meio a essas estratégias, se promove o “Acolhimento”, que se caracteriza como uma forma de operar os métodos de trabalho em saúde de maneira que dê atenção aos que buscam a saúde, atendendo suas necessidades e firmando compromissos no trabalho, assumindo uma conduta acolhedora, que ouça o usuário e os forneça as respostas mais apropriadas (BRASIL, 2006).

Com relação às publicações selecionadas para o estudo, a seleção foi realizada depois de ler o resumo de cada trabalho avaliando se o artigo encaixava no escopo desse trabalho, foram obtidos 21 documentos em português e apenas 1 em inglês, sendo selecionados 12 artigos compreendidos no período entre 2008 a 2018 conforme pode ser observado no Quadro 2.

| AUTOR (ES)      | ANO  | ARTIGOS                                                                                                                                 | TÍTULO |
|-----------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ALVES           | 2015 | Humanização do atendimento ao idoso na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros-MG |        |
| CASATE, CORREA  | 2010 | <b>Humanização do atendimento em saúde:</b> conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem                               |        |
| FRAGOSO, et al  | 2008 | Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado                                                                          |        |
| HENNINGTON      | 2008 | <b>Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde:</b> reflexões a partir da ergologia.                                        |        |
| LIMA, et al     | 2010 | Humanização na atenção à saúde do idoso.                                                                                                |        |
| MARTINS, et al. | 2008 | A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado                                                           |        |

humanizado.

|                             |      |                                                                                                                     |
|-----------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MARTINS                     | 2008 | Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico |
| MENDES, et al.              | 2018 | <b>O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas:</b> Uma Revisão da Literatura.    |
| OLIVEIRA; CONCONE;<br>SOUZA | 2016 | Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados?                                       |
| SILVA, et al.               | 2015 | Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e ao familiar Cuidador.                                |
| QUEIRO; PRADO               | 2010 | <b>Terceira idade mudanças adequadas aos Usuários Idosos:</b> Humanização do Atendimento na Instituição Hospitalar  |
| VERAS                       | 2011 | Estratégias para o enfrentamento de doenças: um modelo em que todos ganham.                                         |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 2 – Distribuição das publicações do estudo segundo tipo do documento, autores, ano e título da publicação.**

É possível afirmar que a humanização foi descrita desde o tempo de Florence Nightingale que, já se pensava que o atendimento deveria ser diferente do atendimento prestado naquela época pela medicina, ela então formulou uma base em que a enfermagem se baseia no cuidado das pessoas e não patologia, devendo a mesma profissão se preocupar com aspectos socioeconômicos, culturais e religiosos, que essa pessoa está inserida, respeitando-o integralmente, ou seja humanizar a prática de saúde (QUEIROZ; PRADO, 2010).

Segundo Oliveira e colaboradores (2006), humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, as campanhas, os programas e as políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Com isso humanização, é um exemplo clássico de direitos dos idosos, de acordo com Fragoso et al., (2008) a palavra respeito, expressando respeito pelos costumes, desejos e valores dos pacientes. Segundo o pesquisador, quando internados, os idosos devem conciliar seus hábitos com as rotinas de cuidado; Isso requer que as equipes de atendimento trabalhem para fazer adaptações que possam ser traduzidas em respeito às pessoas.

Frente à influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial possa ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de “oferta organizada” de serviços (SILVA et al., 2015).

A família é vista como fonte de apoio e cuidado informal mais efetiva para a população idosa, sendo que, em muitos países aparece como única alternativa de apoio. Pesquisa realizada com enfermeiras da Estratégia de Saúde da família identificou que o cuidado do idoso no domicílio recai prioritariamente sobre a família, embora se realizem alguns cuidados à família, considera-la como unidade a ser cuidada aparece como um grande desafio para a enfermagem (VERAS, 2011).

Ficou evidente que as rotinas no dia-a-dia dos idosos são importantes seja no lar com os familiares, em casa de repouso ou hospitais, para o seu trabalho sem problemas, mas, para oferecer uma humanização digna e respeitosa aos idosos, no caso de hospitais e casa de repouso os profissionais devem buscar adequar essas rotinas às necessidades das pessoas na terceira idade. Os senis acreditam que estão sendo tratados de maneira digna em um ambiente que não é o deles. Assim, além do cuidado técnico, deve ser prestado atendimento diferenciado que considere as particularidades de cada idoso visando proporcionar conforto e bem estar (FAN, 2018).

Para expressar o significado da humanização, perante os cuidados que devem ser dados aos idosos, isso inclui receber os idosos com carinho e conhecer o contexto em que estão inseridos, e não apenas cuidar dos aspectos físicos ou da sua doença. Lima et al., (2010) afirmaram que é necessário dedicar tempo e atenção às angústias e medos dos idosos, e que essa abordagem por parte dos profissionais, com gestos de ternura, proteção e preocupação com os pacientes, é quando ocorre a humanização do cuidado.

De acordo com Martins et al., (2008) mostraram que a humanização também está relacionada à melhoria das condições onde o idoso mora criando um ambiente confortável, que deve ser acolhedor e reconfortante para minimizar o sofrimento, considerando que os idosos estão longe de suas casas e muitas vezes privados de interação com suas famílias.

Como estratégia de atenção à saúde, na qualidade de política de Estado, é necessário que a humanização seja implementada como uma política transversal, que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe, necessariamente, ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS (HENNINGTON, 2008).

A humanização, enquanto política pública de saúde, vem sendo discutida como criação de espaços que alteram as formas de produzir saúde, tomando como princípios o aumento do grau de comunicação entre sujeitos e equipes, ou seja, tornando o atendimento mais adequado e satisfatório ao cliente (QUEIRO; PRADO, 2010).

Referente aos profissionais da saúde destacam-se ações que flexibilizam algumas das normas do ambiente hospitalar, como a realização de visitas fora do horário estabelecido e a presença do acompanhante nas unidades de terapia intensiva. A presença da família é citada como um fator importante no cuidado dos idosos durante a internação (MENDES et al., 2018).

Nesse contexto, a enfermagem tem implantado e desenvolvido políticas e programas de saúde, para isso o enfermeiro tem que ter conhecimentos interdisciplinares, atuar com outros profissionais além de competências e habilidades exclusivas da profissão. Lugares geograficamente distantes dos grandes centros urbanos estão cada vez mais se integrando aos programas de atenção básica de saúde, levando com isso o deslocamento de profissionais de enfermagem para regiões cada vez mais distantes, e é justamente na atenção básica que os enfermeiros do Brasil estão mostrando sua força, compromisso e competência, dando sustentação as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (SANTOS, 2010).

De acordo com um estudo realizado por Silva, et al., (2015) para alguns profissionais, a humanização é empatia para a pessoa. Significa tratar o idoso como se fosse de forma humana, sempre lembrando que esse idoso já viveu muitas coisas, o qual não deve ser desmerecido no final de sua vida, com isso proporcionar um bem estar e uma vida longa e digna. Com isso o tratamento humanizado melhorar a depressão, o apetite, o desempenho em atividades físicas, fazendo assim melhorias em sua vida.



O enfermeiro é o ser envolvido na promoção e participação do bem estar e estar melhor do ser idoso e do ser família, busca através desta relação o cuidado humanizado. Onde este é entendido como a ação intencionalmente orientada que, através da relação pessoa-pessoa, dá resposta a uma necessidade percebida almejando sempre proporcionar o bem estar e o estar melhor do ser humano (LIMA et al., 2010).

Segundo as normas de operacionalização da assistência a saúde (NOAS), a principal função dos enfermeiros na atenção básica é “prestar assistência individual e coletiva, levando em conta as necessidades da população, aliando a atuação clínica à prática de saúde coletiva, realizando cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, realizando consulta de enfermagem, solicitando exames complementares, prescrevendo ou transcrevendo medicações. Executar as ações de assistência integral a criança, a mulher, ao adolescente, ao adulto e ao idoso” (SANTOS, 2010, p. 403-404).

A enfermagem humanística é um tipo de relação humana onde acontece uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra em uma situação de necessidade, a qual está dirigida intencionalmente para alcançar o bem-estar e o estar melhor. De acordo com esta visão, os elementos do cuidado são o ser humano, representado pelo paciente e a enfermeira, interligados numa transação intersubjetiva denominada diálogo vivido, tendo como fim a saúde, que se dá no tempo e no espaço num universo de homens e coisas (ALVES, et al., 2015).

O profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e consequente satisfação do usuário; entretanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes (SILVA et al., 2015).

A essência da Enfermagem é o cuidado com o ser humano, o profissional dessa área tem papel de fundamental importância nesse processo em relação ao paciente que se encontra sob seus cuidados, ressalte-se que a função do profissional de Enfermagem é a de ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo suas capacidades funcionais, independentemente de seu estado de saúde e de sua idade (LEOPARDI, 2015).

O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Somem-se ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente (HENNINGTON, 2008).

Além disso, a perspectiva do cuidado humanizado da teoria do cuidado humanizado, retoma a essência da enfermagem ao priorizar a interação, a experiência do outro e com o outro. A significância deste aspecto no âmbito do cuidado ao idoso e família, retoma a perspectiva histórica e existencial presente no processo do envelhecimento (FRAGOSO et al., 2008).

Segundo Marziale (2003), urge a necessidade de trabalhar o contexto social e humano do idoso em suas diversas interfaces, visto que, com o crescimento da população idosa, ocorreram mudanças relacionadas à desigualdade socioeconômica, ocasionando problemas que necessitam de solução imediata para garantir ao idoso a oportunidade de preservar sua saúde física e emocional, em condições de autonomia e dignidade.

As famílias, ao longo do ciclo vital, acumulam experiências, escrevem e reescrevem sua história no passar das horas e estes aspectos não devem ser desconsiderados quando se trata de cuidá-los. Respeitar as crenças, os valores, dar atenção à palavra que conta e reconta os momentos importantes vividos no contexto familiar, significa ir além da perspectiva biomédica, além do sintoma centrado no indivíduo buscando alternativas em conjunto com o sistema familiar (MARTINS et al., 2008).

A humanização não deve ser vista apenas como as condições adequadas fornecidas pelos serviços de saúde para prestar assistência, mas como articuladora entre assistência, tecnologias e relações humanas entre usuários e profissionais. Nesse interim, salienta-se a importância da assistência básica em saúde e da enfermagem como um campo profissional apto a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde do idoso (MIYATA et al., 2005).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através do presente trabalho, observa-se que a humanização passou a ser vista com zelo e cuidado pelos profissionais da saúde e usuários, principalmente em relação aos idosos, devido às condições especiais que o grupo senil apresenta, e às necessidades de atendimento adequado para uma melhor qualidade de vida. O aumento da população idosa vem gerando um impacto marcante nos serviços de saúde, que não possuíam estrutura suficiente para atender a esta demanda, necessitando de novo planejamento dos serviços voltados para assistência ao idoso.

Para os idosos a promoção da saúde é tão importante quanto para as outras faixas etárias, apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações em suas atividades; a promoção da saúde apresenta-se de forma positiva, uma vez que os idosos apresentam ganhos significativos para sua saúde, essas limitações e incapacidades não podem ser eliminadas, contudo, os idosos podem beneficiar-se ao máximo das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida.

Além dessa constatação, atualmente têm-se observado, nas relações que a sociedade estabelece com o idoso, não apenas uma mudança de valores, mas um aumento da esperança de vida, passando o idoso a ser merecedor de cuidado e atenção especiais inexistentes nos últimos dois séculos. A mudança se deve ao arsenal tecnológico que a medicina dispõe devido ao seu crescente progresso, favorecendo a longevidade e contribuindo, dessa maneira, como um dos fatores para o aumento significativo da população idosa, passando as doenças crônicas a serem enfrentadas com mais tranquilidade do que no passado.

O enfermeiro deve promover a saúde dos indivíduos pertencentes a qualquer faixa etária, pode-se afirmar que a promoção da saúde começa antes do nascimento estendendo-se até a velhice, o trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração.

## REFERÊNCIAS

ALVES, E. C. S et al. Humanização do atendimento ao idoso na perspectiva do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros-MG. **Unimontes Científica**, v. 16, n. 2, p. 08-17, 2015. Disponível em:<<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/268>> Acesso em: 13 set. 2018.

ALVES, L.S.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**. 2005;17(5/6):333–41. Disponível em:<<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/333-341/pt>> Acesso em: 13 out. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994. Disponível em:<[www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l88](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l88)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:<<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria 399/2006**. Pacto pela Saúde 2006. Disponível em:<<http://tmp.mpce.mp.br/órgãos/PROSAUDE/pdf/portaria%20399.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2001**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)> . Acesso em: 5 out. 2018.

CASATE JC, CORREA AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2010; 13(1):105-111. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100017&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100017&script=sci_abstract)> Acesso em: 15 nov. 2018.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, 2015.

FAN, R. **Research on the Targeted Design Strategies for Dementia of Italy Community Elderly Center-The Design Case of Milano Figino Community Elderly Center**. 2018. Tese de Doutorado. Politecnico di Torino. Disponível em:<[http://international.polito.it/topolito\\_scholarships/2018\\_2019/bachelor\\_of\\_science/topolito\\_2018\\_19\\_call\\_for\\_scholarships\\_bachelor\\_odeadline\\_14\\_09\\_2018](http://international.polito.it/topolito_scholarships/2018_2019/bachelor_of_science/topolito_2018_19_call_for_scholarships_bachelor_odeadline_14_09_2018)> Acesso em: 20 set. 2018.

FRAGOSO, V. et al. Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. **IGT na Rede**, v. 5, n. 8, 2008. Disponível em:<<https://docplayer.com.br/18893818-Humanizacao-dos-cuidados-a-prestar-ao-idoso>> Acesso em: 20 set. 2018.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, jun. 2008. Disponível

em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0208/humanizacao.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0208/humanizacao.htm)> Acesso em: 16 nov. 2018.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2015.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 866-877, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/13.pdf>> Acesso em: 01 out. 2018.

MANZARO, S. C. F. **Envelhecimento**. 2012. Disponível em:<<http://www.portaldoenvelhecimento.com/comportamentos/item/3427-envelhecimento-idoso-velhice-ou-terceiridade>> Acesso em: 24 set. 2018.

MARTINS, G.A, PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, J. J. et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 1, 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000172&pid=S0104-&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000172&pid=S0104-&lng=pt)> Acesso em: 01 out. 2018.

MARTINS, M. S. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.701-702, nov.dez. 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf>> Acesso em: 18 nov. 2018.

MENDES, J. L. V. et al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-26, 2018. Disponível em:<<http://www.faculdade dofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/165>> Acesso em: 30 out. 2018.

MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 9, n. 2, p.135-140 maio 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref&lng=pt)> Acesso em: 21 out. 2018.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, mar.-abr. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2018.

OLIVEIRA, B; CONCONE, M. H.; SOUZA, S. R. P. A Enfermagem dá o tom no atendimento humanizado aos idosos institucionalizados? **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 239-254, 2016. Disponível em:<<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31112>> Acesso em 29 set. 2018.

QUEIRO, Z. V.; PRADO, A. R.A. **Terceira Idade mudanças Adequadas Aos Usuários Idosos**: Humanização do Atendimento na Instituição Hospitalar .2010. Disponível em:<[https://www.sescsp.org.br/files/edicao\\_revista/f7f7f82a-45f3-4824-8ed7-0d8de7990e39.pdf](https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/f7f7f82a-45f3-4824-8ed7-0d8de7990e39.pdf)> Acesso em: 01 nov. 2018.

SANTOS. M. **O Idoso na Comunidade**: Atuação da Enfermagem. In: Papaléo Neto, Matheus (org.). Tratado de Gerontologia. Matheus Papaléo Netto. 2.ed., ver. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2010, p.403-413.

SILVA, K. M. et al., Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e ao familiar Cuidador. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 5, n. 3, p. 20-24, 2015.

VERAS, R. Estratégias para o enfrentamento de doenças: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 2011, (4): 779-786. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v14n4/v14n4a17.pdf>> Acesso em: 17 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos**. Cad. Saúde Pública, vol.20 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2004

## **SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: REFLEXÃO A PARTIR DA LITERATURA**

## **SUPERVISION OF THE NURSE IN THE WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENTS: REFLECTION FROM THE LITERATURE**

## RESUMO

O programa de Saúde da família acrescentou ao processo de trabalho do Enfermeiro a supervisão dos agentes comunitários de saúde (ACS). Desta maneira os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde desenvolvem as mais variadas práticas de cuidado na Estratégia Saúde da Família, que podem incluir atividades administrativas, assistenciais e educativas, assim tendo cuidado de proporcionar espaços de atenção, diálogo, intervenção e vínculo entre a comunidade e as unidades da ESF (Estratégia de Saúde da Família). Este estudo objetiva verificar como a produção científica tem abordado a supervisão do Enfermeiro com relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde. Como metodologia foi utilizada uma abordagem qualitativa de cunho bibliográfico, utilizando como instrumento de coleta de dados um amplo levantamento de publicações científicas e técnicas que abordem a temática em saúde. De modo conclusivo, foi constatado que na área da enfermagem, a supervisão pode servir para a reprodução do controle do trabalho das demais categorias, tendo em vista a divisão técnica e social do trabalho.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Agentes Comunitário de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Supervisão.

## ABSTRACT

The Family Health program added to the Nurse's work process the supervision of community health agents (CHA). In this way nurses and community health agents develop the most varied care practices in the Family Health Strategy, which may include administrative, care and educational activities, thus being careful to provide spaces for attention, dialogue, intervention and bonding between the community and the units of the Family Health Strategy (ESF). This study aims to verify how the scientific production has approached the supervision of the Nurse in relation to the work of community health agents. As a methodology, a qualitative bibliographical approach was used, using as a data collection tool a broad survey of scientific and technical publications that address the health theme. In a conclusive way, it was observed that in the nursing area, supervision can serve to reproduce control of the work of the other categories, considering the technical and social division of labor.

**Key words:** Nurses, Community Health Agents, Family Health Strategy, Supervision.

## 1 INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Graduando do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP.  
E-mail: [Fabiano.a.oliveira@outlook.com](mailto:Fabiano.a.oliveira@outlook.com)

<sup>2</sup> Orientadora. Enfermeira.Mestre. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.  
E-mail: [karellineir@gmail.com](mailto:karellineir@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos espaços de atuação do enfermeiro e se caracteriza por ser a forma adotada para reorganização dos serviços de atenção básica à saúde no Brasil, constituída por uma equipe multiprofissional, responsável pela população residente em território adscrito e que tem as famílias como foco do cuidado, sendo considerada uma proposta inovadora na atenção à saúde (NUNES et al, 2002).

O trabalho do enfermeiro pode ser desenvolvido em diferentes ambientes, como hospitais, empresas, domicílios, unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, entre outros. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos espaços de atuação do enfermeiro e se caracteriza por ser a forma adotada para reorganização dos serviços de atenção básica à saúde no Brasil, constituída por uma equipe multiprofissional, responsável pela população residente em território adscrito e que tem as famílias como foco do cuidado, sendo considerada uma proposta inovadora na atenção à saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

No espaço da Atenção Básica, especialmente da ESF, o enfermeiro vem realizando a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo aquele o trabalhador mais próximo do cotidiano desses. Em tese, a supervisão poderia ser realizada por outros profissionais da ESF e pela legislação vigente não incube explicitamente ao enfermeiro essa atribuição. A supervisão no setor de saúde apresenta diversas concepções, tais como: processo de avaliação, ensino, disciplinamento e identificação de problemas, caráter educativo, de controle e articulação política e de apoio, autoanálise, autogestão (BRASIL, 2011; COELHO et al, 2013).

Na enfermagem, a supervisão pode ser utilizada para a reprodução do controle do trabalho das demais categorias, tendo em vista a divisão técnica e social do trabalho. Por outro lado, pode ser um instrumento para se repensar o trabalho e favorecer a atuação gerencial e assistencial, relacionada ao desenvolvimento de habilidades e competências da equipe de saúde (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Baseado em Tolentino e Andrade (2008), as unidades de saúde da família (USF) são caracterizadas como porta de entrada do sistema de saúde local, de modo que o ACS representa o primeiro contato com a população, mantendo a referência e contra referência para os demais níveis de assistência. Portanto, para manter a efetividade dessa assistência o ACS é responsável por cada micro área dentro da área territorial de adscrição da equipe.



Além de identificar as famílias o agente deve verificar o ambiente em que ela vive, questões como saneamento básico, alimentação, questões de higiene, pavimentação adequada, casos de violência, entre outros, para que assim possa estabelecer a relação da doença com o estilo de vida de cada pessoa, permitindo que o ACS tenha seu olhar ampliado em relação à saúde da população, já que o ambiente está diretamente ligado com o processo saúde-doença (SILVA; ANDRADE, 2013).

Levando em consideração que a supervisão dos ACS's tem sido historicamente desenvolvida pelo enfermeiro no cotidiano do trabalho na atenção básica, acredita-se que este tema deve ser especialmente explorado e que essa atividade não deve ser analisada como mais uma dentre as atividades de supervisão realizadas pelo enfermeiro no âmbito da atenção básica. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de verificar como a produção científica tem abordado a supervisão do Enfermeiro com relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

A metodologia abordada neste estudo segue os princípios da pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa bibliográfica é a análise de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita.

A pesquisa bibliográfica, segundo o pressuposto de Severino (2007), ocorre a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos ou online, como livros, artigos, teses etc., utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados.

O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. A sua principal finalidade é deliberar com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre o tema escolhido.

O percurso metodológico desta pesquisa fundamentou-se em Marconi e Lakatos (2003), os quais descrevem as oito fases da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação final.

Dentre as principais fontes de busca e pesquisa foram consultadas as bases de dados: LILACS e Scientific Electronic Library Online (SciELO) na Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS), pois compreendem um extenso número de publicações latino-americanas na área de enfermagem. Para realizar a busca das referências bibliográficas nestas bases de dados, foram utilizados como palavras-chave: supervisão, enfermagem e agente comunitário de saúde. A partir dessa busca realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos das referências identificadas nas bases de dados.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As referências selecionadas e analisadas na presente pesquisa reuniram um total de 27 documentos, sendo 16 artigos, 05 dissertações, 1 livro e 05 leis e manuais do Ministério da Saúde conforme pode ser observado no Quadro 1.

| AUTOR (ES)       | ANO  | ARTIGOS                                                                                                                           | TÍTULO |
|------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|                  |      |                                                                                                                                   |        |
| ARAÚJO; ROCHA    | 2007 | Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família                                              |        |
| AVILA            | 2012 | O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama                                                       |        |
| CARVALHO; CHAVES | 2011 | Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa.                                                         |        |
| COELHO et al.    | 2012 | Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde.                                                             |        |
| DALPIAZ; STEDILE | 2011 | Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas.                                                            |        |
| GOMES et al.     | 2012 | O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde; reflexões contemporâneas.                               |        |
| KELL; SHIMIZU    | 2010 | Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?                                                                           |        |
| MEDEIROS et al.  | 2012 | A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família                            |        |
| MERGEN et al.    | 2016 | O Processo De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde Na Estratégia Saúde Da Família Sob Supervisão Do Enfermeiro: Ensaio Teórico |        |
| NUNES et al.     | 2002 | O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico                                     |        |
| PEREIRA; ALVES   | 2013 | A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte.                                    |        |
| SANT'ANNA        | 2013 | Determinantes sociais de saúde:                                                                                                   |        |

|                    |      |                                                                                                                |
|--------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    |      | características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família.                                  |
| SILVA; ANDRADE     | 2013 | Agente comunitário de Saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas.               |
| SIMÕES; FÁVERO     | 2013 | O desafio da liderança para o enfermeiro                                                                       |
| TRINDADE; PIRES    | 2013 | Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.     |
| TOLENTINO; ANDRADE | 2008 | O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família |

#### **DISSERTAÇÃO**

|            |      |                                                                                                                                                      |
|------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FARJADO    | 2011 | Agentes comunitários de saúde: discurso e prática em saúde bucal coletiva                                                                            |
| FORTUNA    | 2009 | O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades |
| LUNADERLO  | 2014 | O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto                                                          |
| NASCIMENTO | 2008 | Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife                                |
| OLIVEIRA   | 2014 | Análise Do Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde A Partir Da Ótica Dos Atores Sociais Do Sistema De Saúde                                          |

#### **LEIS E MANUAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

|                     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ministério da Saúde | 2011 | Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). |
| Ministério da Saúde | 1997 | Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.                                                                                                                                                                                                                    |
| Brasil              | 2009 | Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008.<br><br>Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.                                                                                                                                                                          |
| Brasil              | 2006 | Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de                                       |

2006, e dá outras providências.

|                     |      |                                                                                                                                |
|---------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ministério da Saúde | 2013 | Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013.<br><br>Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. |
|---------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **LIVROS**

|              |      |                                |
|--------------|------|--------------------------------|
| FARIA et al. | 2011 | Processo de trabalho em saúde. |
|--------------|------|--------------------------------|

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### **Quadro 1 – Distribuição das publicações do estudo segundo tipo do documento, autores, ano e título da publicação.**

Os estudos revisados abordam tanto a problemática da supervisão do ACS no processo de trabalho do enfermeiro como a relação da supervisão do mesmo com a formação e a educação permanente do ACS. A literatura descreve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 estabelecendo que toda população tem direito a ações assistenciais de prevenção às doenças, promoção e recuperação da saúde. Através dessa lei houve a regulamentação do SUS sendo possível a partir daí oferecer à toda população o direito a um atendimento de qualidade. Essa Lei ainda possibilita a organização do modelo de atenção à saúde criando em 1994, o Programa de Estratégia de Saúde da Família (PSF). Esse programa foi criado com o intuito de reorganizar o modelo assistencial de saúde que se encontrava, até então, centrado na doença e no médico e não no indivíduo como sujeito de direitos. A partir da implementação desse programa o indivíduo/usuário torna-se uma referência contínua de atendimento. Tendo em vista esses preceitos, em 2006 o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia, denominando-se Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que programa possui um tempo determinado e estratégia é permanente e contínua (BRASIL, 1990; DALPIAZ; STEDILE, 2011; MERGEN et al, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Brasil (2013), a ESF deve atender no máximo

4.000 pessoas tendo como média recomendada cerca de 3.000. Já em áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem por uma população ainda menor que o recomendado, aproximando-se de 2.000 pessoas por equipe.

É composta por uma equipe multiprofissional, formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), estes últimos, por sua vez, que não devem ultrapassar a 12 ACS por área. Além destes profissionais, pode-se acrescentar ainda um profissional da saúde bucal, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Relacionado aos ACS e o trabalho que desempenham na ESF é importante destacar que eles se vinculam a equipe através da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Vale ressaltar que a EACS foi instituída pela portaria nº 154, de 15 de maio de 2009 (BRASIL, 2009; NUNES, et al, 2002).

Segundo Ávila (2011), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado após experiências bem-sucedidas nas regiões Norte e Nordeste, em 1987, com o objetivo de redução da mortalidade infantil e materna. A autora relata que à época, milhares de mulheres pobres foram contratadas como agentes de saúde pelo Programa Emergências de combate à seca.

A partir de 1991, o Ministério da Saúde expandiu o PACS para outros estados como estratégia para organização da atenção básica. O êxito deste programa impulsionou a formulação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, com foco das ações de saúde na família e seu espaço social, seguindo as diretrizes previstas no SUS de universalização, descentralização e participação da comunidade (NASCIMENTO, 2008). O profissional enfermeiro sempre teve à frente na condução das ações desses dois programas.

O ACS tem importante papel na prevenção de doenças e promoção da saúde. Conforme já previsto na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 ele desenvolve seu trabalho por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desempenhadas conforme as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local, o enfermeiro. Como requisito para sua atuação, o mesmo necessita haver concluído o ensino fundamental, ter concluído com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada e residir na micro área que é responsável, conforme previsto na Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Este último requisito, por sua vez, promove o contato da população pertencente à região de abrangência com o ACS e

facilita a identificação dos problemas de saúde, de acordo com o contexto social que está inserida determinada família (BRASIL, 2006; SILVA; ANDRADE, 2013).

O ACS, é considerado como um trabalhador genérico e fora do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde. Essas interpretações sobre quem é e o que faz o ACS exercem forte pressão no sentido de identificar as ações que lhe podem ser delegadas e a qualificação formal necessária ao seu exercício profissional (FORJADO, 2011).

Estes profissionais transitam livremente por ambos os espaços, a saber: governo e comunidade, intermediando a interlocução entre estes, não sendo uma tarefa fácil. Todavia, acredita-se que nesse encontro não há apenas pontos de convergência e que apesar das afinidades em muitos pontos existe duas regiões de tensões e ambivalência que assinalam a identidade do ACS, como o político e o técnico e o comunitário e o institucional (OLIVEIRA, 2014).

De acordo com Brasil (2001) o número de ACS para cada ESF deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas ou 150 famílias por agente. Conforme a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a este profissional cabe algumas atribuições como executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; registrar nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde para ter o controle das ações em saúde; estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista e qualidade de vida; realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família (BRASIL, 2006).

Assim, destaca-se que no início dos anos 90 a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil introduziu o ACS na equipe de saúde das unidades básicas e o enfermeiro foi solicitado para organizar o trabalho dos mesmos na comunidade. A partir daí, no trabalho do dia a dia, o enfermeiro tornou-se referência também para os ACS, até que o Ministério da Saúde, em 1997 atribuiu oficialmente, por portaria, a função de supervisão dos ACS ao enfermeiro, sendo atualizada em 2006 com a publicação da Política Nacional da Atenção Básica e esta alterada com a Portaria nº.1.625 no que diz respeito às atribuições do profissional enfermeiro (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007).

A competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. A Resolução do

Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, mencionada expressamente na Resolução COFEN nº 271/2002 prevê, na formação do profissional enfermeiro, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, intervir no processo saúde-doença, com a finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem as ações multiprofissionais (COREN-PB, 2004).

A supervisão é um processo amplo, complexo, educativo e contínuo, que inclui investigação, avaliação, assessoria, informação e intercâmbio dinâmico de conhecimentos e experiências adaptado a realidade local, voltados à melhoria e orientação dos serviços da atenção básica (LUNADERLO, 2014).

Neste contexto, a supervisão em enfermagem de saúde pública é a função administrativa que consiste em verificar se as ações de enfermagem estão sendo executadas de acordo com bases determinadas institucionalmente. Envolve incentivo, orientação e ajuda ao pessoal, tendo em vista obter adequado, eficaz e eficiente trabalho de enfermagem para o alcance dos propósitos do serviço de saúde pública (GOMES et al, 2012; REIS, 2013).

Em relação aos ACS, o processo de supervisão ainda se encontra permeado por mecanismos de controle, principalmente quando se acha relacionado à concepção de supervisão de cada enfermeiro. Da mesma forma, os processos de qualificação são marcados pela fragmentação, desestruturação, que, na maioria das vezes, não permitem o desenvolvimento de competências que têm como eixo orientador a integralidade (MEDEIROS et al, 2012).

A Estratégia Saúde da Família é um dos espaços de atuação do enfermeiro e se caracteriza por ser a forma adotada para reorganização dos serviços de atenção básica à saúde, constituída por uma equipe multiprofissional, responsável pela população residente em território adscrito e que tem as famílias como foco do cuidado, diante disso, o enfermeiro realiza a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por ser o trabalhador mais próximo do seu cotidiano. A supervisão realizada pelo enfermeiro tem como foco as situações de problemas identificadas pelo ACS nas visitas domiciliares, bem como o controle da realização dessas visitas por meio da assinatura dos usuários, controle do registro de ponto, a fim de reconhecer as principais necessidades da comunidade (KELL; SHIMIZU, 2014; SANT'ANNA et al, 2013).

Faria (2011) traz a perspectiva da supervisão como estratégia para o sistema de

saúde, a qual possui atribuições de planejamento/programação, organização interna das unidades, treinamento, educação permanente em saúde, avaliação e apoio ao trabalho comunitário. Permite, então, que o elemento supervisor atue promovendo a participação das equipes, definindo as linhas de ação institucionais e a programação local.

A sobrecarga de responsabilidades para o enfermeiro foi enfatizada em alguns estudos, sendo um dos fatores mais relevantes como empecilho para a prática da supervisão que promova o desenvolvimento do ACS. Para o enfrentamento das diversas dificuldades relatadas nos estudos, foi elaborado a partir dos achados na literatura o Quadro 2 apontando recomendações para o enfermeiro exercer de forma adequada a atividade de supervisão.

### **Recomendações**

- Apresentação e explicação do trabalho a ser desenvolvido pela supervisão;
- Ferramenta de trabalho: roteiro de supervisão;
- Entrevista com os profissionais individualizados e/ou em grupo;
- Observação da estrutura física e do processo de trabalho;
- Identificação das necessidades de saúde que podem ser atendidas pela enfermagem;
- Análise dos dados;
- Elaboração do quadro de problemas “Problemas Identificados na Supervisão”;
- Organização de reunião com o máximo possível de profissionais para discussão dos problemas identificados;
- Acompanhamento dos problemas identificados;
- Visitas frequentes nas áreas mais abrangentes.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

### **Quadro 2- Recomendações para o enfermeiro exercer de forma adequada a atividade de supervisão**

Nessa conjuntura, observa-se que para o enfermeiro exercer de forma adequada a atividade de supervisão, incluindo: o planejamento das atividades, com



readequação do tempo para realizar atividades que lhe compete, delegando adequadamente funções e estabelecer metas para alcançar os objetivos propostos com prioridade e a criação de um instrumento para o registro das avaliações do trabalho do ACS como complemento na sistematização da supervisão do ACS (GOMES et al, 2012).

Diante desta perspectiva, é reconhecida socialmente a importância do trabalho do ACS, mas por outro lado, pouco se valoriza a atuação do enfermeiro no processo de supervisão, pois os investimentos nesse profissional para melhorar a sua qualificação nos aspectos relacionados ao trabalho do ACS inexistem como também inexistem os incentivos para as atividades laborais, que o motive para tal. A liderança exercida pelos enfermeiros também se manifesta no empenho em tornar a equipe de saúde unida. Tal ação é percebida pelos participantes na diminuição da rotatividade de profissionais, tornando o trabalho mais integrado e contínuo. Ainda, consideram que a boa relação promovida pelo enfermeiro aumenta a agilidade e resolutividade (AVILA, 2012; TRINDADE, PIRES, 2013).

Pereira e Alves (2013) realça a importante participação do enfermeiro na evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). O seu trabalho é destacado na estratégia de saúde da família pelo fato dele possuir experiências de ações assistenciais, administrativas e educativas, requisitos fundamentais para atuação no atual modelo de saúde. Entretanto, esse profissional se depara com dificuldades que entravam o sucesso da implantação da Saúde da Família como a falta de planejamento gerencial, sobrecarga de tarefas e responsabilidades, inadequação do ambiente de trabalho, salário e tratamento diferenciado em relação a outros profissionais da equipe.

Entre as características apontadas pelos enfermeiros, o supervisor deve possuir atitudes que facilitem a execução do seu trabalho, tais como: determinação, interesse, cautela, paciência, humildade, dinamismo, empatia, iniciativa, imparcialidade e controle emocional. De fato, o homem necessita apropriar-se de mecanismos que viabilizem o autoconhecimento, bem como o conhecimento do outro, levando a um entendimento mútuo. Esses mecanismos podem ser definidos por palavras, expressões, posturas, gestos e até mesmo o silêncio, formalizando a comunicação, fundamental no cotidiano do enfermeiro (SIMÕES; FÁVERO, 2013).

Percebeu-se que a supervisão realizada pelo enfermeiro tem como foco as situações de problemas identificadas pelo ACS nas visitas domiciliares, bem como o

controle da realização dessas visitas por meio da assinatura dos usuários, controle do registro de ponto, entre outros.

Assim, observa-se que os autores concordaram que a atuação positiva do enfermeiro nas equipes de saúde da família e que várias ações desenvolvidas pelo mesmo têm proximidades com a educação permanente do ACS. Desse modo, a maioria dos autores verificou dificuldades na supervisão do ACS pelo enfermeiro como: ações educativas não estruturadas e sustentadas na educação tradicional e tecnicista, deficiência na formação do enfermeiro e despreparo deste e do gestor quanto à supervisão do ACS.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acolhimento como princípio de Saúde da Família tem no enfermeiro sua força de trabalho principal na percepção da equipe de enfermagem. Esta evidência pode estar relacionada ao status que o mesmo possui para o conjunto investigados, devido ao desempenho de diferentes funções tais como: planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações de trabalho, especialmente dos agentes comunitários de saúde.

O conhecimento a respeito da supervisão do ACS estimula reflexões e subsidia discussões quanto aos limites de atuação do enfermeiro e o envolvimento de outros profissionais da atenção básica na capacitação desses trabalhadores que até então tem ficado sob a responsabilidade do enfermeiro exclusivamente.

No caso específico da supervisão da equipe de enfermagem, apesar de as características desse processo terem sofrido modificações ao longo dos anos, o que tem levado essa prática a se reconstruir e a se refazer, a cada momento, é o fato de ser considerada como prática histórica e social, determinada de acordo com as relações sociais que ocorrem na sociedade. Os enfermeiros buscam intervir sobre as necessidades de saúde da comunidade pelo atendimento imediato das problemáticas orgânicas, entretanto propõem-se a análise e incluir em suas ações de cuidado a determinação social da saúde atrelada ao modo de viver, trabalhar e relacionar-se dos clientes.

De modo conclusivo, na área da enfermagem, a supervisão pode servir para a reprodução do controle do trabalho das demais categorias, tendo em vista a divisão técnica e social do trabalho. Por outro lado, pode ser um instrumento para se repensar

o trabalho e favorecer a atuação gerencial e assistencial, relacionada ao desenvolvimento de habilidades e competências da equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO MBS, ROCHA PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2007;12(2):455-64. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 21 out. 2018.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, jan. 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract)> Acesso em: 29 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011)>. Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: **Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997, p. 16.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Portaria nº 154**, de 15 de maio de 2009. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_15\\_05\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_15_05_09.pdf)> Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Regulamenta o parágrafo 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 06 de outubro de 2006a, Seção 1, p. 17. Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei11350.pdf>> Acesso em: 21 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.355**, de 10 de outubro de 2013. Brasil, 2013. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355\\_10\\_10\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html)>. Acesso em: 13 out. 2018

CARVALHO, J.F.S, CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enferm**. 2011;13(3):546-53. Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n3/pdf/v13n3a21.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a21.pdf)> Acesso em: 20 out. 2018

COELHO, MMF, et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. **Rev. RENE**. 2012;13(3):704-11. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027982024.pdf>> Acesso em: 20 out. 2018.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz-Maranhão. Agosto, 2011. Disponível em:< <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/IMPASSE>>. Acesso em: 20 out. 2018.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

FARJADO, A. P. **Agentes comunitários de saúde : discurso e prática em saúde bucal coletiva** –. 2011. 146 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em:< <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/110661/pdf>> Acesso em: 03 nov. 2018.

FORTUNA, CM. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. (dissertação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/de-03022009-103507/-br.php>> Acesso em: 04 nov. 2018.

GOMES, K. O., et. al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde; reflexões contemporâneas. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103&script=sci_abstract)> Acesso em: 29 out. 2018.

KELL, M.C.G, SHIMIZU, H.E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva**. 2010;15(1):1533-41. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php?scripting=en&nrm=iso>> Acesso em: 30 out. 2018.

LUNADERLO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto** – São Paulo. 2014. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/25062004-121856/pt-br.php>> Acesso em: 03 nov. 2018.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4a ed. p.43 e 44.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. 5º ed. São Paulo. Editora Athas, 311 p., 2003.

MEDEIROS, C.R.G, et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&reflng](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&reflng)> Acesso em: 30 out. 2018.

MERGEN, N. T. et al. **O Processo De Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde Na Estratégia Saúde da Família Sob Supervisão Do Enfermeiro: Ensaio Teórico**. 2016. Disponível em:< [https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salao\\_conhecimento/article/6931/5699](https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salao_conhecimento/article/6931/5699)> Acesso em: 19 out. 2018

NASCIMENTO, C. M. B. **Análise do cumprimento das práticas dos agentes comunitários de saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2008. Disponível em:< [http:// www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008nascimento-cmb.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008nascimento-cmb.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2018.

NUNES, M O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18 n.6 p.1639-1646 Nov-dez, 2002. Disponível em:< [http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/14399/1/ Oliveira](http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/14399/1/Oliveira)>. Acesso em: 22 out. 2018.

OLIVEIRA, A.N.S.**Análise Do Trabalho Do Agente Comunitário De Saúde A Partir Da Ótica Dos Atores Sociais Do Sistema De Saúde.** Dissertação (mestrado profissional). Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. 2014. Disponível em:<[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/290867/1/Oliveira\\_ AnaPaulados Santos\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/290867/1/Oliveira_AnaPauladosSantos_M.pdf) > Acesso em: 04 nov. 2018.

PEREIRA, C. M. O., ALVES, M. A participação do enfermeiro na implantação do Programa de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 3, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a11v57n3.pdf> > Acesso em: 03 nov. 2018.

SANT'ANNA, C.F, et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013;31(1):92-9. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/1052/105222406007/>> Acesso em: 30 out. 2018.

SEVERINO, A J. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. Agente comunitário de Saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 13-128, jan/ abr. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n1/a07v11n1.pdf>> Acesso em: 21 out. 2018.

SIMÕES, A.L.A, FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino-Am Enferm.** 2013 set./out.;11(5):567-73. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php? pid=S0104 sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php? pid=S0104 sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 30 out. 2018.

TRINDADE, L.L, PIRES, D.E.P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enferm** 2013;22(1):36-42. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf)> Acesso em: 30 out. 2018.

TOLENTINO, D. S.; ANDRADE, M. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**, v.4, n.1. p.04-07, 2008. Disponível em:<

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA**

### **SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO FIBRODYSPLASIA CARRIER PROGRESSIVE OSSIFICANS**

Izabelle Salviano de Vasconcelos<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>  
Suzana Araújo de Macedo<sup>3</sup>  
Jancelice dos Santos Santana<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

Visando a importância do enfermeiro nos diferentes direcionamentos e cuidados da saúde, estudos apontam o desafio diário dos profissionais da enfermagem em relação a importância de considerar aspectos genéticos e na assistência ao paciente portador de doenças genéticas raras, como é o caso da Fibrodisplasia Ossificante Progressiva (FOP) que é uma doença genética rara que estimula a formação de ossos no interior dos músculos, tendões, ligamentos e outros tecidos conectivos restringindo progressivamente os movimentos, causando uma necessidade demasiada de cuidados da equipe de enfermagem. Este estudo tem como objetivo ampliar o conhecimento dos enfermeiros acerca da Fibrodisplasia Ossificante Progressiva (FOP), além de relatar as principais dificuldades na assistência aos pacientes portadores da FOP; e discutir a importância de uma assistência adequada ao portador dessa doença genética rara, traçando um plano de assistência qualificada. Trata-se de uma pesquisa do tipo pesquisa bibliográfica de caráter explicativo-descritivo com abordagem qualitativa, a partir de revisões bibliográficas. Conforme o material analisado, observa-se a importância do conhecimento dos enfermeiros em relação a doença e em seus respectivos tratamentos e tipos de assistência, e para que isso é necessário que estes tenham uma base adequada a partir de um conhecimento direcionado por meio de cursos, capacitações, palestras e embasamento teórico qualificado. Consequentemente, para realizar um bom atendimento, o enfermeiro deve nortear a sua equipe sobre a melhor maneira de assistir o paciente ficando evidente que há um grande desafio quando trata-se do incomum, de modo a mostrar que é possível garantir uma assistência correta para esses pacientes.

**Palavras-chave:** Fibrodisplasia Ossificante, Doença genética rara, Enfermagem, Assistência.

#### **ABSTRACT**

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba-IESP. Telefone: (83) 98136-7561. Email: [izabelle\\_11sv@hotmail.com](mailto:izabelle_11sv@hotmail.com).

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira. Mestre. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [karellineir@gmail.com](mailto:karellineir@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP.

Aiming at the importance of the nurse in the different directions and health care, studies point out the daily challenge of nursing professionals in relation to the importance of considering genetic aspects and in the care of patients with rare genetic diseases, such as Progressive Ossificans Fibrodysplasia (FOP) which is a rare genetic disease that stimulates the formation of bones inside the muscles, tendons, ligaments and other connective tissues progressively restricting movements, causing too much nursing care. This study aims to broaden the nurses' knowledge about Fibrodysplasia Ossificante Progressiva (FOP), in addition to reporting the main difficulties in the care of patients with FOP; and discussing the importance of appropriate care for the carrier of this rare genetic disease by drawing up a qualified care plan. It is a research of the type bibliographic research of explanatory-descriptive character with qualitative approach, based on bibliographical reviews. According to the material analyzed, it is observed the importance of nurses' knowledge regarding the disease and its respective treatments and types of care, and for this it is necessary that they have an adequate basis from a knowledge directed through courses, qualifications, lectures and qualified theoretical background. Consequently, in order to perform good care, nurses should guide their team about the best way to assist the patient, making it clear that there is a great challenge when it comes to the unusual, in order to show that it is possible to guarantee correct assistance for these patients.

**Key words:** Fibrodysplasia Ossificans. Rare genetic disease. Nursing. Assistance.

## 1 INTRODUÇÃO

A Fibrodisplasia Ossificante Progressiva (FOP) é uma doença genética rara do tecido conjuntivo, caracterizada por ossificação disseminada em tecidos moles e alterações congênitas das extremidades. Sua transmissão é autossômica dominante, com penetrância completa, mas expressão variável, ou seja, afeta todos os grupos étnicos. O termo Fibrodisplasia Ossificante Progressiva substituiu a antiga expressão Miosite Ossificante, por ser uma osteogênese ectópica que acontece no tecido conjuntivo, e que pode afetar músculos, fáscias, ligamentos, tendões e cápsulas articulares (ARAUJO JUNIOR et al., 2005).

Apesar de ser uma doença congênita, sua prevalência é de 1 a cada 2 milhões de habitantes e os ossos extras não surgem antes de nascer. Os sintomas são variáveis e iniciam durante as 2 primeiras décadas de vida dando início aos surtos (*flare-up*) apresentando ossificação heterotópica que causa uma limitação crescente da mobilidade osteoarticular, afetando principalmente a coluna vertebral, ombros, quadril e articulações periféricas (ASSOCIATION, 2009; BRIDGES et al., 1994; SENDUR; GURER, 2006).

A idade média de início é em torno dos 3,6 anos. O quadro clínico caracteriza-se por sinais inflamatórios, por vezes acompanhados de expansões dolorosas, endurecimento dos tecidos periarticulares e perda progressiva da capacidade funcional da área afetada, sendo sua progressão no sentido axial-caudal e proximal-distal. Os pacientes apresentam os hálux com malformações e a progressão varia de paciente para paciente, existem indivíduos que convivem com a FOP por anos e outros morrem já nos primeiros anos de vida, dependendo da rapidez com que ela se manifesta. É uma enfermidade incapacitante em crianças e adultos jovens a qual faz o paciente aos poucos perdendo todos os movimentos do corpo ficando preso em um esqueleto secundário (FRAGA; OLIVEIRA, 2009; SERAFIM, 2005).

A FOP foi relatada pela primeira vez em 1693 por Guy Patin ("mulher de madeira"), mas só foi descrita cientificamente em 1736, pelo médico John Freke, em comunicação na Real Sociedade de Medicina de Londres. Tal médico relatou o caso de um menino de 14 anos com tumorações nas costas. Em 1924, Noble propôs dividi-la em três categorias: miosite ossificante progressiva, miosite ossificante circunscrita progressiva e miosite ossificante circunscrita. Em 1969, Munchmeyer unificou a denominação como FOP, que abrange a afecção de tecidos moles, além do músculo (GARCIA-PINZAS et al., 2013).

Um dos primeiros eventos que acontecem durante o curso de um surto (*flare-up*) é uma invasão de linfócitos e macrófagos. Assim que estes glóbulos brancos invadem a área, o tecido muscular começa a morrer. Outros tecidos afetados incluem os tendões, ligamentos, fáscia e aponeuroses. Quando o tecido muscular é destruído, outras células (células tronco especiais que estavam em repouso) começam a se dividir e se multiplicar e então envolvem e invadem o músculo restante. Eventualmente, o tecido conectivo é transformado em cartilagem e então em osso. As vezes o processo é muito rápido e às vezes gradual. O grau de formação de osso para diferentes surtos pode variar muito, dependendo de qual músculo é envolvido, do estímulo que acarretou o surto, do sistema imunológico, e de muitos outros fatores (ASSOCIATION, 2009).

Pelo fato da ossificação heterotópicas ser progressiva com o decorrer dos surtos que podem ser ocasionados ou espontâneos o paciente ao longo da vida vai assumindo uma postura única e limitada, muitas vezes não podendo sequer sentar. Em virtude disso, essa patologia também recebeu a denominação de síndrome do homem de pedra (*stone man syndrome*) nos estágios mais avançados da doença. Apesar de



alguns tecidos serem poupados com o decorrer da doença o estágio avançado causa comprometimento da musculatura respiratória causando problemas de origem restritiva e fatais.

A FOP ou fibrodysplasia ossificante progressiva é classificada como uma doença genética rara, mas que merece muita atenção. O enfermeiro é o profissional da área da saúde que mais tem contato com o paciente e deve ter conhecimento teórico e prático em relação como atuar mediante situações desta assistência.

O interesse por este tema surgiu pela necessidade de discutir e definir as ações que o enfermeiro deve tomar em relação a assistência ao portador de FOP. Sendo de suma importância, que tenha conhecimento sobre a doença de modo não só a prestar a assistência adequada ao paciente, como também capacitar a equipe com quem trabalha. Porque, embora rara, pode ser facilmente identificada por suas características clínicas, e seu diagnóstico pode ser confirmado pelo exame radiológico, mas o mesmo só poderá ser decidido se o enfermeiro apresentar conhecimento diante a patologia. Sendo assim, o diagnóstico precoce da FOP é necessário para prevenir procedimentos desnecessários e lesivos que possam diminuir a qualidade de vida e o prognóstico do paciente (DZUKOU et al., 2005).

Assim, esta pesquisa tem como objetivos: ampliar o conhecimento do enfermeiro e dos profissionais da área da saúde em relação a assistência ao paciente portador de Fibrodysplasia ossificante progressiva; relatar as principais dificuldades dos enfermeiros em relação a assistência ao portador de FOP; e por fim, propor ações que venham a maximizar a qualidade da assistência de enfermagem no atendimento desses pacientes prevenindo novas complicações.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Esta pesquisa é do tipo bibliográfica, explicativo, descritivo, com análise integrativa da literatura e com abordagem qualitativa.

A pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos. Como característica diferenciadora ela pontua que é um tipo de “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica” (OLIVEIRA, 2007, p. 69).

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população pesquisada. O autor ainda fala que a pesquisa explicativa identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos sendo o tipo que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, ou seja, o porquê das coisas.

A revisão integrativa, finalmente, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para Cellard (2008), a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Diante do exposto, o presente estudo parte da seguinte questão norteadora: Qual o papel dos profissionais de enfermagem acerca da assistência ao paciente portador de fibrodysplasia ossificante progressiva descritos na literatura? A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de artigos e publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Scielo, Bireme e LILACS. Para selecionar o material foram utilizados os seguintes descritores: Fibrodysplasia Ossificante; Doença genética rara; Enfermagem e Assistência.

Os critérios para a seleção da amostra foram: que a publicação abordasse, no título ou no resumo, a temática investigada; e que esteja disponível na íntegra e no idioma inglês e português. Não foi estabelecido um recorte temporal para a busca devido a escassez de publicações acerca da FOP por se tratar de uma doença genética rara. Inicialmente, fez-se a leitura dos resumos para identificar a pertinência ao objeto estudado, e posteriormente, a busca dos artigos eles foram lidos e analisados seguindo um roteiro elaborado contendo informações acerca da origem do artigo; ano da publicação. Em seguida fez-se a interpretação das evidências oriundas dos artigos. Após a busca, foram encontrados na base de dados 56 estudos,

dos quais 48 abordavam o tema do estudo, mas apenas 8 atendiam aos critérios da pesquisa, compondo a amostra.

Para organização das informações contidas nas publicações encontradas foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, contendo a referência do estudo, conceitos principais, objetivos, metodologia, resultados principais, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor (APÊNDICE A).

Para análise dos dados coletados, este estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2006, p.38).

A técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2006), organiza-se em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Desta forma, para alcançar os objetivos propostos, os conteúdos temáticos encontrados nos trabalhos foram classificados nas seguintes categorias:

-Sistematização de assistência a enfermagem na Fibrodisplasia Ossificante Progressiva;

-Desempenho e conhecimento profissional do enfermeiro no atendimento ao paciente portador de Fibrodisplasia Ossificante Progressiva.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com relação as publicações selecionadas para o estudo, o Quadro 1 apresenta seus principais objetivos e as contribuições sobre o tema de investigação.

| PUBLICAÇÕES                                                                                                    | OBJETIVOS                                                       | CONTRIBUIÇÕES                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Araújo Júnior et al., (2005) "Fibrodisplasia Ossificante Progressiva: Relato de Caso e achados radiográficos". | Apresentar casos de FOP com manifestações clínico-radiológicas. | Este estudo destaca a importância de se compreender o qual necessário é conhecimento acerca da leitura de radiografias para a conclusão diagnóstica da FOP. |
| Silva et al., (2008)                                                                                           | Conceituar a FOP;                                               | Este estudo mostra a necessidade de maior conhecimento dos                                                                                                  |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>“Assistência de enfermagem ao portador da Fibrodisplasia ossificante progressiva: um desafio ao enfermeiro”.</p> | <p>descrever como se apresenta o quadro clínico; analisar fatores contribuintes para seu desenvolvimento, e a sistematização da assistência de enfermagem (SAE).</p>                                                 | <p>enfermeiros na busca e na importância de compreender o que tange esse tema. Mostrando que os profissionais de enfermagem estarão sempre diante de quadros clínicos inusitados e individualizados tornando a adequação da assistência ao cliente um desafio.</p>                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Romani e Karam (2011) “Fibrodisplasia Ossificante progressiva: relato de caso”.</p>                              | <p>Relatar o caso de A.C., 17 anos, cuja investigação iniciou-se aos quatro anos de idade, mas cujo diagnóstico de FOP foi firmado aos 15 anos, depois de passar por vários especialistas em diferentes centros.</p> | <p>O trabalho mostra que é de suma importância compreender que a FOP deve ser prontamente identificada, baseando-se apenas na história clínica, no exame físico e nos achados radiográficos, pois não devem ser feitos procedimentos invasivos para determinação diagnóstica, tais como biópsias, excisionais ou não, uso de anestésicos, e, inclusive, os tratamentos odontológicos são contraindicados, já que, com frequência, desencadeiam ossificações na região.</p> |
| <p>Garcia-Pinzas et al., (2013) “Fibrodisplasia ossificante progressiva: Diagnóstico em atenção primária”.</p>      | <p>Demonstrar que é possível diagnosticar a Fibrodisplasia Ossificante Progressiva (FOP) na atenção primária à saúde.</p>                                                                                            | <p>O diagnóstico desta doença é factível de ser feito com recursos disponíveis na Atenção Primária à Saúde, uma vez que se baseia principalmente em critérios clínicos. Atualmente não há cura para esta doença, mas é possível limitar o desenvolvimento de novas calcificações, bem como mitigar a dor que causar as exacerbações da doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes, usando altas doses de corticosteroides e anti-</p>                            |

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Pignolo et al., (2016)<br/>“The Natural History of Flare-Ups in Fibrodysplasia Ossificans Progressiva (FOP): A Comprehensive Global Assessment”.</p> | <p>Avaliar as questões dos surtos de FOP.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>inflamatórios não esteroidais, disponíveis no primeiro nível de atenção.<br/>Este estudo é a primeira avaliação global abrangente de surtos de FOP e estabelece uma base crítica para a concepção e avaliação de futuros ensaios clínicos.</p>                                                                                                                                                        |
| <p>Cardoso e Cordeiro Júnior (2016)<br/>“Enfermagem em genômica: o aconselhamento genético nas práticas assistenciais”.</p>                             | <p>Refletir sobre a atuação do enfermeiro na área da genômica, no contexto atual da saúde, com ênfase no papel de conselheiro genético.<br/>Analisa também a importância da inserção desse profissional na referida área de atuação, frente à crescente demanda desse serviço nas práticas assistenciais.</p> | <p>Torna-se essencial que os enfermeiros aprimorem seus conhecimentos em genética e genômica e fomentem sua utilização por outros membros de sua equipe, para não somente se adaptarem a essa nova demanda, mas também participarem ativamente de decisões terapêuticas, assumindo com eficácia e eficiência seu papel de conselheiro genético perante a comunidade e demais profissionais de saúde.</p> |
| <p>Robazzi et al., (2017)<br/>“Fibrodysplasia</p>                                                                                                       | <p>Relatar dois casos de FOP acompanhados</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>O diagnóstico da FOP pode ser suspeitado clinicamente mesmo antes da realização de exames de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ossificante Progressiva: Relato de 2 casos na infância”.                             | no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em Salvador.                   | imagem, pela presença de malformações simétricas dos pés e mãos, sendo a mais frequentemente observada a presença do hálux valgo bilateralmente, decorrente do encurtamento do primeiro metatarso. Nos dois casos, os pacientes apresentavam alteração clássica em hálux. Os tratamentos atualmente disponíveis (glicocorticoides, AINES, anti-leucotrienos) são úteis no alívio do desconforto crônico e nos surtos agudos, mas aparentemente não alteram a história natural da doença. |
| Santos et al., (2018) “Assistência de enfermagem frente a criança com Fibrodisplasia | Relatar as experiências vivenciadas durante a assistência de enfermagem ao paciente pediátrico com diagnóstico de Fibrodisplasia | O paciente portador de FOP, devido às restrições impostas pela doença, requer uma assistência individualizada, tanto no aspecto clínico quanto psicológico. O profissional de enfermagem tem o papel de informar e conscientizar a família sobre os cuidados que devem ser adotados, visando reduzir o risco de desenvolvimento de novas calcificações, bem como suavizar a dor causada pelo recrudescimentos da doença, proporcionando assim melhoria da qualidade de vida.             |
| Ossificante Progressiva: um relato de experiência”.                                  | Ossificante Progressiva.                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição das publicações por objetivos e contribuições sobre o tema.**

Observou-se que o tema vem sendo debatido ao longo dos últimos anos, destacando que a Fibrodisplasia Ossificante Progressiva é uma doença genética rara e não possui tratamento, mas o seu diagnóstico precoce pode reduzir o risco de complicações e sofrimento para o paciente. O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2001).

Após a leitura do material selecionado para o estudo, com relação a sistematização da assistência de enfermagem ao portador de fibrodisplasia ossificante progressiva, ficou evidente as dificuldades relacionadas a assistência de enfermagem aos portadores de FOP, de modo a mostrar a importância do conhecimento do enfermeiro em relação a patologia para implementação da promoção de uma assistência adequada e instruindo sua equipe corretamente em relação aos cuidados com o paciente. Muitos pacientes portadores de FOP quando chegam aos hospitais são diagnosticados erroneamente sendo os sinais dos surtos também confundidos com dores musculares simples, cânceres e fibromatose por causa dos edemas e tumores que aparecem, sendo submetidos a biopsias e quimioterapia sem necessidade, assim estimulando novos surtos de ossos heterotópicos. A falta de conhecimento sobre essa problemática faz com que o papel da enfermagem na área da genética seja esquecido, junto com as atribuições gerais e específicas que o profissional pode realizar. Assim, essas atribuições acerca do aconselhamento genético nas práticas assistenciais do enfermeiro estão representadas no Quadro 2.

| ATRIBUIÇÕES GERAIS                                                                                                                                                                             | ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconhecer indivíduos sob risco;                                                                                                                                                               | Utilizar modelos analíticos e ferramentas de resolução de problemas;                                                                                                                                                              |
| Acompanhar os indivíduos sob risco de sua área de abrangência, ainda que encaminhados aos especialistas, sendo capaz de compreender as condutas adotadas na atenção secundária e/ou terciária; | Utilizar técnicas de avaliação baseadas em evidências apropriadas e instrumentos validados, pertinentes a casuística em questão;                                                                                                  |
| Transmitir informações clínicas e informações gerais apropriadas às necessidades individuais do paciente, explicando as opções existentes, incluindo os riscos, benefícios e limitações.       | Iniciar a interpretação de exames e procedimentos de triagem e diagnóstico relevante para o estado atual do cliente.<br><br>Estes podem incluir, mas não se limitam, a testes genéticos, terapias e procedimentos de diagnóstico. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 2 – Atribuições gerais e específicas acerca do aconselhamento genético nas práticas assistenciais do enfermeiro.**

O defeito genético e a fisiopatologia da FOP são ainda desconhecidos. Contudo, considera-se que a doença seja causada por um gene (ACVR1- Receptor Activin tipo 1A) localizado no cromossomo 2, que sofre mutação durante a fase embrionária do desenvolvimento (responsável pelas malformações ósseas congênitas) e que pode ser reativado no período pós-natal, causando assim, a ossificação heterotópica progressiva (ARAÚJO JUNIOR et al., 2005).

Portadores de FOP produzem grande quantidade de proteína osteomorfogenética tipo 4 (BMP4) e produzem pequenas quantidades das proteínas que bloqueiam e suprimem a ação da BMP4. A BMP4 é uma proteína que estimula a produção óssea e é sintetizada pela musculatura esquelética, podendo também ser produzida nos locais de traumatismo em tecidos moles. Em condições normais, a BMP4, como feedback negativo, estimula a produção de alguns antagonistas das BMPs, resultando na inibição de sua atuação, interrompendo a produção óssea. Nos pacientes com FOP, esse processo não acontece devido à falta de proteínas inibitórias e excesso de BMP4. A proteína BMP4 está localizada no cromossomo 14q22-q23, onde estão sendo pesquisadas existências de mutações nesse gene ou na região de seu promotor (KAPLAN et al., 2006; KAPLAN et al., 2003; MEIJ; BECKING; WAAL, 2006; SHORE et al., 2006).

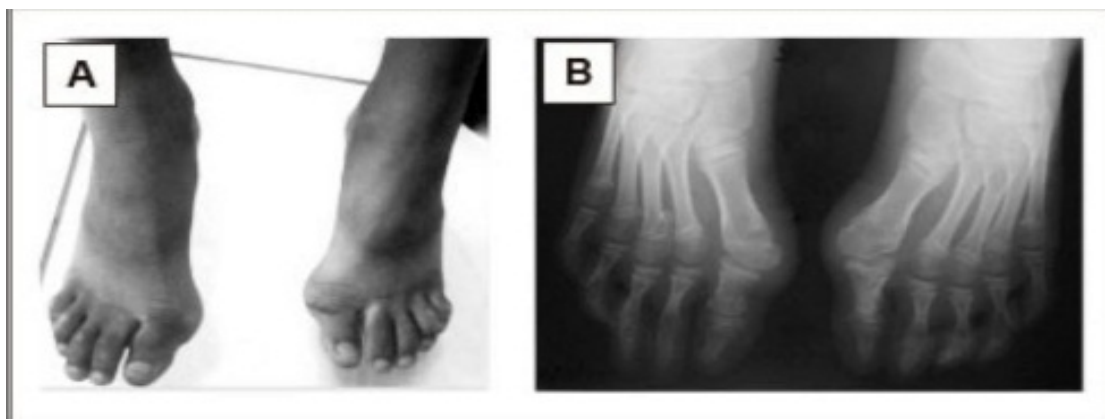
Os pacientes com FOP podem ser reconhecidos mais tardiamente na vida pela formação de dois esqueletos: um esqueleto normotópico, durante a embriogênese, e um esqueleto heterotópico, desenvolvido após o nascimento. O diagnóstico da FOP é baseado em três critérios: malformação congênita dos hálux, ossificação endocondral heterotópica, progressão da doença em padrões anatômicos e temporais bem definidos, conforme observados na Figura 1 e Figura 2 a seguir (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014). Consequentemente, os profissionais que prestam cuidados a pacientes portadores de FOP devem ser capacitados e terem conhecimento em relação à doença, sendo o exame físico essencial para avaliação e hipóteses diagnósticas podendo assim detectar os principais sinais da doença.





Fonte: Araújo Júnior et al., (2005).

**Figura 1 - Foto posterior e Tomografia Computadorizada em 3D de paciente apresentando extensas ossificações avançadas comprometendo coluna vertebral e braços.**



Fonte: GARCIA-PINZAS et al, 2013.

**Figura 2 - (A) Avaliação clínica de paciente com deformidade em hálux direito e esquerdo. (B) Radiografia apresentando alteração do primeiro metatarsiano com ângulo superior a 20 graus em relação as primeiras falanges, hálux vago bilateral.**

Antes do diagnóstico correto muitos pacientes são desenganados com suspeitas de enfermidades malignas, sendo assim, muitos passam por procedimentos invasivos como por exemplo, várias biópsias as quais acarretam em piora do quadro e causando os surtos relacionados as doenças. Contudo, todo esse processo causa confusões diagnósticas e sofrimento ao paciente e sua família. Quando o diagnóstico é realizado muitas famílias não sentem esperança em relação ao tratamento por ser uma doença ainda em campo desconhecido, mas apenas tratamentos paliativos para controle de sintomas e cuidados em relação a prevenção de traumas. Dessa forma, faz-se necessário também um acompanhamento psicológico com os familiares dos portadores de FOP.

Apesar de ser uma doença com tratamento desconhecido, na Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos, desde 1992 foi disponibilizado um laboratório onde são desenvolvidas pesquisas sobre a Fibrodysplasia Ossificante Progressiva e suas possíveis descobertas para um tratamento. Os estudos são coordenados e desenvolvidos pelos doutores Frederick Kaplan e Eileen Shore. As pesquisas contam com um Consórcio Internacional de Pesquisadores com membros da Austrália, Brasil, França, Alemanha, Coreia, Inglaterra e foi este grupo que trabalhou e identificou o gene da FOP em 23 de Abril de 2006 fazendo com que este torna-se o Dia Internacional de Conscientização da FOP (ROSSI, 2012).

A Associação Internacional de Fibrodysplasia Ossificante Progressiva, ou IFOPA, é uma organização sem fins lucrativos que promove educação, comunicação e pesquisa médica. Jeannie Peeper, uma mulher com FOP, criou a organização em 1988, porque queria reunir as pessoas com FOP. A partir deste início modesto, a IFOPA agora procura por pistas sobre a natureza desta doença em membros de mais de 40 países e apoia o laboratório na Universidade da Pensilvânia, desta forma levando esperança para muitas famílias (IFOPA, 2010).

Atualmente existem muitos tipos de medicamentos que são usados para tratar os surtos de FOP. O primeiro grupo inclui medicamentos que foram amplamente utilizados para controlar os sintomas dos surtos (inchaço, inflamação e dor) e tiveram efeitos positivos, geralmente com efeitos colaterais mínimos. Esses medicamentos incluem o uso de corticosteroides (como a prednisona) por um curto período e o uso de drogas anti-inflamatórias não esteróides (NSAIDs) incluindo os novos anti-inflamatórios inibidores da Cox-2 (Celebra). Os estudos apontam que o uso dos aminobifosfonatos (Pamidronato e Zoledronato) são uma classe de medicamentos que agem primariamente inibindo a reabsorção óssea ou estancando a perda óssea fazendo com que sejam úteis no tratamento dos surtos. Também observou-se que relaxantes musculares podem minimizar as dores causadas pelos surtos. Por esta razão, o uso de relaxantes musculares como a ciclobenzaprina (Miosan), metaxalone (Skelaxin) ou lisoral (Baclofen) podem ser úteis (ASSOCIATION, 2009).

A impossibilidade de se obter biópsias diagnósticas em estágios definidos da sua evolução, a falta de um modelo animal geneticamente relevante para o teste de drogas, a falta de famílias com múltiplas gerações afetadas para estudar a variabilidade natural da doença, e a falta de estudos clínicos verdadeiramente objetivos

(conhecidos como estudos randomizados duplo-cegos controlados por placebo) dificultam ainda mais os esforços em se estabelecer uma base para uma terapêutica racional nesta complexa doença com características genéticas, evolutivas, pós-traumáticas e autoimunes (FRAGA; OLIVEIRA, 2009).

Entre os cuidados de enfermagem estão o fato de que as injeções intramusculares devem ser terminantemente evitadas, exceto a vacina contra a gripe em pacientes mais velhos com anquilose, mas que tenham risco potencial de complicações cardiopulmonares, as injeções subcutâneas (vacina contra sarampo, rubéola e coqueluche) e as coletas de sangue (venopuntura) não acarretam riscos. As doenças virais aumentam o risco de surtos de FOP de modo alarmante, pois possuem alto risco de apresentar complicações por infecções respiratórias. Durante sua evolução, a FOP pode causar complicações como edema intenso de partes moles, episódios agudos de edema submandibular os quais podem causar dificuldades em atividades essenciais a vida como respirar e alimentar-se. A surdez torna-se possível, provavelmente pela fusão dos ossículos do ouvido, como também entre as complicações podem existir irregularidades menstruais e infertilidade de causas desconhecidas. As quedas também podem resultar em ossificações heterotópicas levando a restrição da mobilidade e progressão da doença. Em virtude disso, todas as medidas para prevenir as quedas devem ser tomadas, como: auxílio à marcha (bengala, andador), corrimões, tapetes antiderrapantes, eliminação de desníveis (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2014).

Apesar de serem administrados medicamentos que podem ajudar a minimizar os sintomas dos surtos, observou-se que uma vez iniciado nada pode-se fazer para interromper o processo. Enquanto pessoas saudáveis após acidentes podem fazer fisioterapia para recuperar movimentos e força, a fisioterapia não é indicada para o portador de FOP pelo fato de nas sessões envolverem o estiramento dos músculos e até mesmo de modo passivo ou ativo esse trabalho de pouca intensidade pode acarretar surtos ou piorar os já existentes. A exceção no âmbito fisioterapêutico é a hidroterapia com água morna, onde as propriedades da água reduzem a pressão dos músculos e tornam os movimentos mais fáceis (ASSOCIATION, 2009).

Laboratorialmente, a bioquímica relacionada com o metabolismo ósseo tem pouca utilidade por apresentar valores pouco fiáveis para o diagnóstico ( $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{PO}_4^{3-}$ , fosfatase alcalina). Contudo, a radiologia permite-nos fazer o diagnóstico, localizar as calcificações e a sua extensão. O raio X convencional é barato e fácil de realizar;

apresenta como desvantagem a impossibilidade de visualização da extensão das calcificações na fase inicial do processo. Pode ser complementado pela cintilografia com Tomografia Computadorizada (TC), mais cara e de valor limitado na diferenciação entre processo inflamatório e calcificações heterotópicas (CH). A TC (3D) facilita essencialmente a planificação pré-operatória, pois permite determinar a relação das calcificações com as estruturas vasculonervosas adjacentes e as melhores vias de abordagem para a sua remoção. Pode ser complementada pela Ressonância Magnética Nuclear (RMN) na melhor caracterização do envolvimento (extensão) dos tecidos moles e do envolvimento vascular. A ecografia de partes moles detecta mais precocemente as calcificações que a radiologia convencional e pode ter maior importância durante a cirurgia na localização precisa das calcificações. A *Positron Emission Tomography* (PET Scan) tem o potencial de ser o exame com maior capacidade de precocidade no diagnóstico (SARMENTO, 2016).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada uma ferramenta científica com método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, e tem entre os objetivos reduzir as complicações, promover assistência adequada e contribuir na realização de diagnósticos. Sendo assim, é um modo de exercer a profissão com autonomia baseada nos conhecimentos técnico-científicos, promovendo agilidade e qualidade na assistência. A consulta de enfermagem representa o primeiro momento para a aplicação da SAE, sendo uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico, realiza a identificação das ações de enfermagem (MASCARENHAS et al., 2010).

Com base nos problemas do paciente portador de FOP, suas necessidades humanas básicas e utilizando a taxonomia NANDA de Diagnósticos de Enfermagem 2018-2020, elaborou-se o Quadro 3 com possíveis intervenções de enfermagem para estes pacientes.

| DIAGNÓSTICO                                                                      | INTERVENÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                       | RESULTADOS ESPERADOS                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Deambulação prejudicada relacionado resistência diminuída, dor e medo de quedas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ajudar a deambulação;</li> <li>● Ajudar o paciente na deambulação em intervalos regulares;</li> <li>● Ajudar o paciente a ficar de pé e percorrer uma distância específica;</li> <li>● Encorajar a deambulação</li> </ul> | O cliente desenvolverá melhora no nível de deambulação. |

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                    | independente, dentro dos limites seguros;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                               |
| Mobilidade física prejudicada relacionada ao controle muscular diminuído, rigidez articular e dor. | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ensinar a realizar exercícios de amplitude de movimentos ativos nos membros não afetados no mínimo 4 vezes por dia;</li> <li>● Ensinar o paciente a proteger as áreas de sensibilidade diminuída dos extremos de calor e frio;</li> <li>● Posicionar em alinhamento para prevenir complicações;</li> <li>● Orientar o paciente quanto ao uso auxiliar da deambulação.</li> </ul> | O cliente deverá apresentar um aumento na força e na resistência dos membros. |
| Conforto prejudicado relacionado ao controle situacional insuficiente.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Programar medidas de conforto;</li> <li>● Defender questões de qualidade de vida e controle da dor;</li> <li>● Usar travesseiros para imobilizar ou apoiar as regiões doloridas;</li> <li>● Redistribuir a pressão sobre as áreas do corpo.</li> </ul>                                                                                                                           | O cliente deverá apresentar melhora no conforto com a situação.               |
| Levantar-se prejudicado relacionado a dor e força muscular insuficiente.                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente;</li> <li>● Orientar o paciente sobre todas as técnicas apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência;</li> <li>● Suporte à função cognitiva;</li> <li>● Avaliar o ambiente físico.</li> </ul>                                                                                                        | O cliente deverá apresentar melhora no quadro.                                |
| Dor aguda relacionado a agente lesivo físico.                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar uma avaliação completa da dor;</li> <li>● Investigar os fatores que aliviam e pioram a dor;</li> <li>● Ensinar os princípios de controle de dor;</li> <li>● Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e intervir de forma adequada.</li> </ul>                                                                                                                     | O cliente deverá relatar a melhora ou alívio da dor.                          |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 3 – Diagnóstico de enfermagem do paciente portador de FOP conforme a NANDA (2018-2020), intervenções e resultados esperados elaborados a partir dos dados da pesquisa.**

A SAE está pautada na implementação do Processo de Enfermagem (PE), que é considerado um plano de cuidados adequadamente utilizado, capaz de guiar e favorecer a continuidade da assistência de enfermagem, por meio da facilitação da comunicação entre enfermeiros e outros profissionais que prestam os cuidados. O Processo de Enfermagem possui cinco fases: investigação (coleta sistematizada de dados dos pacientes e seus respectivos problemas); diagnósticos de enfermagem (identificação de problemas pela análise dos dados coletados); planejamento (determinação dos resultados desejados, “metas específicas” e identificação das intervenções para alcançar resultados); implementação (colocação do plano em ação) e avaliação (determinação do sucesso no alcance dos resultados e decisão quanto às mudanças a serem feitas). O diagnóstico de enfermagem talvez seja uma das etapas mais complexas. O ato diagnóstico em enfermagem tem como foco as respostas humanas às enfermidades e seu tratamento e os processos de vida. A validade das associações entre as manifestações apresentadas pelos doentes (dados objetivos e subjetivos) e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental (AMARAL et al., 2016).

Em virtude do que foi mencionado, é possível depreender que o papel da enfermagem na assistência ao paciente portador de Fibrodisplasia Ossificante Progressiva é essencial, principalmente através de um cuidado de enfermagem sistematizado e coerente, com enfoque no ser humano e na sua família, de modo a tornar menos estressante e doloroso o tratamento e evitar complicações secundárias relacionadas a uma assistência inadequada referente à doença.

Assim, este estudo destaca que o enfermeiro precisa estar preparado dentro dos serviços de saúde através de cursos e capacitações relacionados às doenças raras. Denota-se ainda a escassez no que se refere ao conhecimento destes profissionais no aconselhamento e rastreio de doenças genéticas fazendo com que a assistência de enfermagem seja insuficiente ou até mesmo ineficaz. Cabe enfatizar que não é apenas o médico que deve possuir um olhar clínico, o enfermeiro também deve participar ativamente de investigações e decisões terapêuticas, assumindo com eficácia e eficiência seu papel perante a comunidade e demais profissionais de saúde. Assim, os portadores de FOP precisam de enfermeiros qualificados e preparados cientificamente para o atendimento dos portadores de doenças genéticas crônicas e raras, para que assim, todas as partes envolvidas na assistência (profissional/paciente), estejam plenamente satisfeitas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo objetivou analisar em bases científicas a sistematização de assistência em enfermagem ao portador de Fibrodisplasia Ossificante Progressiva, para posteriormente obter informações pertinentes ao tema, bem como sua atuação, preocupação, seu desempenho e qualificação profissional. A literatura evidencia que para os enfermeiros ampliarem os seus conhecimentos em relação a Fibrodisplasia Ossificante Progressiva e diminuir o desafio imposto pela falta ou pouco conhecimento em relação as doenças genéticas raras, faz-se essencial mostrar a importância de se informar e se capacitar mesmo diante do incomum.

Apesar de ser raro, não há motivo para que o profissional não esteja capacitado a fim de prestar uma assistência qualificada e humanizada. Ademais, uma conduta correta do profissional resulta para o paciente autonomia, eficiência e segurança em relação ao cuidado evitando surtos adversos e complicações imediatas e mediatas. Portanto, embora não seja possível curar a FOP, por não existir um tratamento efetivo, é perfeitamente possível aliviar o sofrimento do paciente podendo trazê-lo a uma vida funcional de acordo com as suas limitações e as adaptações corretas.

O planejamento da assistência de enfermagem garante a responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que este processo nos permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão.

Em virtude do que foi mencionado, este estudo pretende aumentar o interesse em realizar pesquisas a fim de ampliar conhecimento dos enfermeiros na assistência ao paciente portador de Fibrodisplasia Ossificante Progressiva, relatando as principais dificuldades apresentadas e discutindo a importância de uma assistência qualificada a fim de traçar um plano de enfermagem com qualidade e resolutividade voltado a uma sistematização completa.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Paula Emanuele Santos do et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um paciente com Traumatismo Cranioencefálico. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA AMAZÔNIA, 5. 2016, Amazônia. **Anais**. Amazônia: Coesa, 2016. v. 1, p. 1 - 3.

ARAUJO JUNIOR, Cyrillo Rodrigues de et al. Fibrodisplasia Ossificante Progressiva: Relato de caso e achados radiográficos. **Revista Brasileira de Radiologia**, São Paulo, v. 1, n. 38, p.69-73, 2005.

ARAÚJO, Emila M. V. Maranhão; OLIVEIRA, Anielly Cristina. Fibrodisplasia Ossificante Progressiva: Artigo de Revisão. **Revista de Trabalhos Acadêmicos Universo Recife**, Recife, v. 1, p.1-18, 2014.

ASSOCIATION, International Fop. Sholund. **What is FOP?** Guidebook for Families. 3. ed. Florida: Winter Springs, 2009.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação. **Resolução Nº 3, de 07 de novembro de 2001**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2001.

BRIDGES, A.J. et al. Fibrodysplasia (Myositis) Ossificans Progressiva. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, n.24, p.155-64, 1994.

CARDOSO, Michele Cristiane Vicente; CORDEIRO JÚNIOR, Dirceu Antônio. Genomics nursing: genetic counseling in healthcare practices. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 20, p.1-4, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160025>.

CELLARD, A. **A análise documental: A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Petrópolis Vozes, 2008.p. 295-316.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº. 468/2014. **Dispõe sobre a atuação privativa do Enfermeiro em aconselhamento Genético, no âmbito da equipe de enfermagem, de acordo com seu nível de competência técnica**. Rio de Janeiro: COREN, 2014.

DZUKOU, Thierry et al. Fibrodysplasia ossificansprogressiva in children. The interest of early diagnosis and treatment. **PresseMedicale**. Paris, 01 mar. 2005. Case Reports, p. 373-377.

FRAGA, Lilia Jorge; OLIVEIRA, Rosenilda Timóteo de. **DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR NA FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA – FOP: ESTUDO DE CASO**. 2009. 59 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Unisul, Tubarão, 2009.



GARCIA-PINZAS, Jesus et al. Fibrodisplasia ossificante progressiva: diagnóstico em atenção primária. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.124-128, mar. 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

IFOPA. **Fibrodisplasia Ossificante Progressiva- FOP**: Em busca da chave do esqueleto. 2010. Disponível em: <[www.bengalalegal.com/fop](http://www.bengalalegal.com/fop)>. Acesso em: 14 ago. 2010.

KAPLAN, F. et al. Dysregulation of the BMP-4 Signaling Pathway in Fibrodysplasia Ossificans Progressiva. **Ann NY AcadSci**, n.1068, p.54-65, 2006.

KAPLAN, F. et al. The medical management of fibrodysplasiaossificans progressive: current treatment considerations. **Clin Proc Intl Clin Consort FOP**, v.1, p.1-81, 2003.

MASCARENHAS, Nildo Batista et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica ao portador de Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 31, p.203-208, 26 maio 2010.

MEIJ, E.H.; BECKING, A.G.; WAAL, I. Fibrodysplasia ossificans progressiva. Na unusual cause of restricted mandibular movement. **Oral Diseases**, v.12, p.204-207, 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Nusing diagnoses: definitions e classification**2018-2020. Philadelphia: Wiley-Blackwell, 2018.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, p.69, 2007.

PIGNOLO, Robert J et al. The Natural History of Flare-Ups in Fibrodysplasia Ossificans Progressiva (FOP): A Comprehensive Global Assessment. **Journal of Bone and Mineral Research**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.650-656, 14 nov. 2016.

ROBAZZI, Teresa et al. FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA: RELATO DE 2 CASOS NA INFÂNCIA. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. S321, 2017.

ROMANI, Fabiana; KARAM, Simone de Menezes. Fibrodisplasia ossificante progressiva: relato de caso. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.736-740, 2011.

ROSSI, Alejandro. Fibrodisplasia ossificante progressiva: Informe de un caso. **Archivos Argentinos de Pediatria**, [s.l.], v. 110, n. 6, p.129-131, 1 dez. 2012.

SANTOS, M.R.E et al. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A CRIANÇA COM FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**. 6. ed. São Paulo: Even, 2018. 3 p.

SARMENTO, Marco. Calcificações Heterotópicas: artigo de revisão. **Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia**, Lisboa, v. 24, n. 1, p.1-8, mar. 2016.

SENDUR, O.; GURER, G. Severe limitation in jaw movement in a patient with fibrodysplasia ossificans progressive: a case report. **Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, n.102, p.312-7, 2006.

SERAFIM, Pedro Henrique et al. Achados Radiológicos na Fibrodisplasia Ossificante Progressiva. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 7, n. 4, p.23-25, 10 out. 2005.

SHORE, E.M. et al. A recurrent mutation in the BMP type I receptor ACVR1 causes inherited and sporadic fibrodysplasia ossificans progressive. **Nature Genetics**, n.38, p.525-527, 2006.

SILVA, Berenice Maria da et al. Assistência de enfermagem ao portador da fibrodisplasia ossificante progressiva: um desafio ao enfermeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM, 11. 2008, Belém. **Anais**. Belém: Cofen, 2008. v. 5, p.15.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. 8. ed. São Paulo: Einstein, 2010. 5 p.

## VALORIZATION OF THE NURSING PROFESSIONAL IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT: Literature Review

Josinaldo Silva dos Santos<sup>1</sup>  
Tereza Cristina de Albuquerque Leal<sup>2</sup>  
Lindoal Luiz de Oliveira<sup>3</sup>  
Suzana Araújo de Macedo<sup>3</sup>

### RESUMO

A qualidade do trabalho oferecido está relacionada de forma direta com a satisfação e o bem-estar do profissional. É extremamente importante o reconhecimento e valorização do profissional de enfermagem, inferências negativas causadas pela redução da visibilidade da enfermagem acabam gerando insatisfação e falta de motivação no cotidiano de trabalho, o que reflete diretamente no atendimento prestado ao paciente. Desta forma, o objetivo geral deste estudo foi verificar como a literatura nacional aborda a valorização do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar, e os específicos: identificar publicações nacionais que tratem sobre o tema da valorização do profissional de enfermagem; definir a importância da valorização e reconhecimento no setor de trabalho e descrever a importância da valorização desse profissional. Desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem descritiva e exploratória. As referências selecionadas e analisadas na presente pesquisa reuniram um total de 12 documentos. Os resultados foram divididos em dois tópicos: valorização no setor de trabalho e a importância da valorização do profissional de enfermagem. Conclui-se que os profissionais de enfermagem precisam estarem motivados através do reconhecimento e valorização para ofertar uma melhor assistência aos seus pacientes. Quando ocorre esse reconhecimento o profissional de enfermagem sentirá um sentimento de satisfação profissional, melhorando de forma significativa sua atuação, com mais entusiasmo e comprometimento.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Valorização e reconhecimento. Ambiente hospitalar.

### ABSTRACT

The quality of the work offered is directly related to the satisfaction and well-being of the professional. It is extremely important the recognition and appreciation of the nursing professional, negative inferences caused by the reduced visibility of nursing end up generating dissatisfaction and lack of motivation in the daily work, which directly reflects on the care provided to the patient. Thus, the general objective of this study was to verify how the national literature addresses the valuation of the nursing professional in the hospital environment, and the specific ones: to identify national publications that deal with the topic of valuation of the nursing professional; define the importance of valuation and recognition in the work sector and describe the importance of valuing this professional. Developed through a bibliographical

---

<sup>1</sup> Graduando do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). E-mail: josinaldo.silva.10@outlook.com.

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – (IESP). Orientadora neste trabalho. E-mail: teresacristinaleal@hotmail.com. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/5778355917149724>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – (IESP).

research, with a descriptive and exploratory approach. The references selected and analyzed in the present research gathered a total of 12 documents. The results were divided into two topics: valorization in the work sector and the importance of nursing professional valuation. It is concluded that nursing professionals need to be motivated through recognition and appreciation to offer better care to their patients. When this recognition occurs, the nursing professional will feel a sense of professional satisfaction, significantly improving their performance, with more enthusiasm and commitment.

**Key-words:** Nursing. Valuation and recognition. Hospital environment.

## 1 INTRODUÇÃO

Muitos fatores contribuem diretamente com a qualidade de vida do indivíduo, entre esses fatores podemos destacar o trabalho, sendo um dos mais marcantes, por diferentes motivos, como por exemplo, é através do trabalho que o indivíduo poderá ter acesso à educação, lazer e cultura, como também é através do trabalho que o indivíduo se sente realizado ou não, motivado ou não, através do reconhecimento e valorização. A qualidade do trabalho oferecido está relacionada de forma direta com a satisfação e o bem-estar do profissional (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015).

Trazendo esse entendimento para o cotidiano dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar podemos observar que o reconhecimento e a valorização dessa classe de trabalhadores estão reduzidos, haja vista que a função do profissional de enfermagem é uma das mais importantes em um hospital, pois são eles que atuam ininterruptamente com o paciente, com o objetivo do cuidado de forma integral, porém seu processo de trabalho além de exigir muito desse profissional é associado a situações de estresse, dor, tensão, jornada extensa, esforço físico, falta de reconhecimento e desvalorização profissional (DUARTE; SIMÕES, 2015).

Lage e Alves (2016), abordam que é extremamente importante o reconhecimento e valorização desse profissional, inferências negativas causadas pela redução da visibilidade da enfermagem acabam gerando insatisfação e falta de motivação no cotidiano de trabalho, o que reflete diretamente no atendimento prestado ao paciente. As construções de vínculo entre os profissionais de saúde, bem como entre os pacientes com a equipe de enfermagem pode ser facilmente comprometida por essa falta de visibilidade e reconhecimento.

As condições de trabalho dos profissionais de enfermagem a algum tempo vêm sendo classificadas como escassas devido as particularidades do local e das funções insalubres que são desempenhadas por eles. Diante disso alguns fatores são associados às condições de trabalho precário dos profissionais de enfermagem, entre eles estão: o desgaste emocional e físico, os baixos salários, a falta de valorização e reconhecimento tanto social como da própria equipe multidisciplinar, entre outros. Toda essa falta de estrutura e valorização desse profissional reflete de forma negativa na assistência ofertada ao paciente, o que muitas vezes leva o abandono da profissão e como resultado a escassez de profissionais qualificados no mercado (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015).

Considerando essas colocações, é de grande relevância estudos que abordem a valorização do enfermeiro no ambiente hospitalar, visto que é fator que influência diretamente na qualidade da assistência prestada pela enfermagem a sua clientela. O profissional de enfermagem ao ser reconhecido e conseqüentemente valorizado poderá sentir-se realizado profissionalmente, motivando-o a desenvolver uma assistência qualificada ao paciente, considerando que o trabalho é o núcleo no cotidiano do ser humano. Nesta perspectiva, o trabalho é conferido por identificar o profissional, pois favorece o estabelecimento de relações do homem com ele mesmo, com os outros e com a sociedade em que está inserido, e representa o provimento do sustento e a expressão como sujeito (BECK et al, 2014).

Neste aspecto, podemos observar que os profissionais de enfermagem e neste estudo aqueles que atuam no ambiente hospitalar, necessitam ser reconhecidos e valorizados para melhor desenvolver uma assistência de qualidade aos seus pacientes. Pois seu trabalho sendo reconhecido e valorizado, bem remunerado e com condições de trabalhos devidas, esse profissional poderá atuar de forma eficiente e qualificada em seu ambiente de trabalho. Nesse contexto, esse estudo emergiu do seguinte questionamento: De que forma a literatura nacional retrata a valorização do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar?

Desta forma o objetivo geral desse estudo foi verificar como a literatura nacional aborda a valorização do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar, e os específicos: identificar publicações nacionais que tratem sobre o tema da valorização do profissional de enfermagem; definir a importância da valorização e reconhecimento no setor de trabalho e descrever a importância da valorização desse profissional.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Este estudo teve como apoio a revisão bibliográfica, que segundo Gil (2002), é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a uma análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvida quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

A abordagem utilizada nessa pesquisa bibliográfica, foi a exploratória e descritiva. Sobre a abordagem exploratória o autor supracitado, destaca que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Já as descritivas ele afirma que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Desta forma para realização da pesquisa foram utilizadas publicações dos principais sites de pesquisa da área da saúde, como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library (SCIELO), além de artigos acadêmicos indexados em revistas científicas e livros disponibilizados no acervo da Biblioteca do Instituto em Educação Superior da Paraíba (IESP). Para selecionar o material foi utilizado os seguintes descritores: Enfermagem; Valorização e reconhecimento; Ambiente hospitalar.

A pesquisa para o desenvolvimento do estudo aconteceu no segundo semestre de 2018. Utilizamos como critérios para inclusão: publicações recentes que não ultrapassassem o período de dez anos; que abordasse o tema proposto; que estivesse na íntegra e em português. Já como critério de exclusão, não foram aceitos: publicações que não estivessem dentro do período pré-determinado; que não abordasse o tema proposto; que não estivesse na íntegra e não estivesse disponibilizada em português.

Após a coleta dos dados, foi realizada uma leitura de todo o material, selecionando as principais informações de cada publicação. Em seguida foi realizada uma análise descritiva e explicativa das mesmas, buscando estabelecer uma compreensão, aumentando o conhecimento sobre o tema abordado.

## **3 RESULTADO E DISCUSSÃO**

As referências selecionadas e analisadas na presente pesquisa reuniram um total de 12 documentos, conforme pode ser observado no Quadro 1. A maioria das publicações encontradas e analisadas se deu entre os anos de 2011 e 2015 (58.3%), nota-se o aumento de publicação sobre este tema, mostrando ser essencial na atuação qualificada do enfermeiro, pois, a valorização e reconhecimento do trabalho desenvolvido é base para uma assistência de qualidade.

| <b>Nº DO ESTUDO</b> | <b>AUTORES</b>                                   | <b>TÍTULO</b>                                                                                                  | <b>ANO</b> |
|---------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 01                  | AMARAL, J. F;<br>RIBEIRO, J. P;<br>PAIXÃO, D. X. | Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Ambiente Hospitalar: uma revisão integrativa. | 2015       |
| 02                  | AMORIM, et al.                                   | O Trabalho do Enfermeiro: Reconhecimento e Valorização Profissional na visão do Usuário.                       | 2017       |
| 03                  | BECK, et al.                                     | Identidade profissional percebida por acadêmicos de enfermagem: da atuação ao reconhecimento e valorização.    | 2014       |
| 04                  | DUARTE, J. M. G;<br>SIMÕES, A. L. A.             | Significados do trabalho para profissionais de enfermagem de um hospital de ensino.                            | 2015       |
| 05                  | ERDMANN, A. L; et al.                            | A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas.                                  | 2009       |
| 06                  | LAGE, C. E. B;<br>ALVES, M. C.                   | (Des)valorização da enfermagem: implicações no cotidiano do enfermeiro.                                        | 2016       |
| 07                  | MEDEIROS, J. M. A.                               | Vivência do Ambiente Hospitalar pela Equipe de Enfermagem.                                                     | 2011       |
| 08                  | MELO, M. B;<br>BARBOSA, M. A;<br>SOUZA, P. R.    | Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa.                                           | 2011       |
| 09                  | OLIVEIRA, et al.                                 | Atuação do Enfermeiro no Processo de Acreditação: Percepções da Equipe Multiprofissional Hospitalar            | 2017       |

|    |                       |                                                                                                        |      |
|----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 10 | RIBEIRO, J. M. S.     | Autonomia profissional dos enfermeiros.                                                                | 2011 |
| 11 | SOUZA, R. V.          | Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem.                                           | 2017 |
| 12 | WISNIEWSKI, D. et al. | Satisfação Profissional da Equipe de Enfermagem X Condições e Relações de Trabalho: Estudo Relacional. | 2015 |

Fonte: Pesquisa, 2018.

**Quadro 1** – Características das publicações analisadas em número de estudo, autores, título e ano.

Para um melhor entendimento dos achados da pesquisa, os resultados foram divididos em dois tópicos: valorização no setor de trabalho e a importância da valorização do profissional de enfermagem.

### 3.1 VALORIZAÇÃO NO SETOR DE TRABALHO

O trabalho é uma das formas que possibilita ao homem, reconhecimento como sujeito único no meio social, e segundo sua posição profissional ele busca a satisfação, tanto pessoal, quanto laboral, garantindo assim uma melhor qualidade de vida. No que se refere ao trabalho propriamente dito, este pode ser caracterizado como uma tarefa humana, seja manual ou intelectual, que exige do ser humano esforços, contribuindo diretamente com as satisfações das necessidades pessoais e/ou de outros (WISNIEWSKI et al, 2015).

De acordo com o estudo de Duarte e Simões (2015), os sentidos e significados do trabalho sofrem influência direta de situações vividas cotidianamente pelo trabalhador. A industrialização, a evolução tecnológica, as relações capitalistas modificaram o cenário e as condições de trabalho nas últimas décadas. O trabalho está presente em diversos segmentos, dentre os quais destaca-se, aqui, a saúde. Instituições de saúde geralmente agregam grande quantidade de recursos humanos e, portanto, são diretamente influenciadas pelas mudanças atuais do cenário global que envolve o trabalhador.

O conceito satisfação no trabalho é entendido como a sensação de contentamento que o funcionário manifesta pelo seu labor e que pode ser positiva (satisfação) ou negativa (insatisfação). A satisfação no setor de trabalho, está relacionado a diversos fatores e é visto como parâmetros de conforto fisiológico e



emocional, ou seja, o funcionário valorizado e conseqüentemente satisfeito em seu setor de trabalho, apresentará a sensação de bem-estar, manifestando-se através de suas atividades de forma positiva, refletindo diretamente na sua qualidade de vida (WISNIEWSKI et al, 2015).

Para Duarte e Simões (2015) os fatores responsáveis por elevar a satisfação, e conseqüentemente promover motivação, estão relacionados a características intrínsecas do trabalho, como realização de atividades inerentes ao trabalho realizado, bom desempenho, reconhecimento e/ou possibilidade de crescimento profissional. Já a insatisfação associa-se às condições externas, do contexto e do ambiente de trabalho.

Nesse sentido, o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No entanto, não há um consenso quanto à definição da qualidade de vida no trabalho, mas podemos entendê-la como um programa que visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização, tendo como ideia básica o fato de que as pessoas são mais produtivas quanto mais estiverem satisfeitas e envolvidas com o próprio trabalho (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015).

Melo, Barbosa e Souza (2011), colocam que a satisfação no ambiente de trabalho é heterogênea, ou seja, envolve muitos aspectos e fatores, podendo ser influenciada pela concepção de mundo, aspirações, tristezas e alegrias dos indivíduos, afetando, assim, sua atitude em relação a si mesmo, à família e à organização. Os efeitos da valorização e da satisfação do profissional em seu setor de trabalho, reflete diretamente em seu desempenho, produtividade, atendimento aos clientes, bem-estar de vida, entre outros.

Neste aspecto, Oliveira et al., (2017) acentua que o processo de acreditação e valorização instiga o crescimento na melhoria das condições de trabalho proporcionando uma maior e melhor estabilidade nos relacionamentos interpessoais e organizacional entre os profissionais atuantes, ao mesmo tempo em que estabelece um ambiente de trabalho mais prazeroso, fortalece as relações humanas.

Existem várias formas de reconhecimento e valorização profissional, Amorim et al, (2017) aborda o julgamento da utilidade e beleza do trabalho desenvolvido pelos pares, pela instituição ou pelo sujeito que se destina a atividade desenvolvida,

como uma dessas formas, eles afirmam que o julgamento é emitido pelo outro, resultando em reconhecimento e valorização do trabalhador, ou caso contrário, em desvalorização e repúdio pelo trabalho executado, repercutindo negativamente na individualidade do trabalhador.

Ainda segundo os autores supracitados, a valorização e reconhecimento do profissional é considerado como mediador entre o prazer e o sofrimento relacionado ao trabalho. Sendo uma importante ferramenta para a saúde mental desse trabalhador, visto que a dinâmica do reconhecimento no trabalho gera inúmeros benefícios, tanto para o trabalhador quanto para a organização do trabalho. Os resultados sobre a valorização e o reconhecimento serão sempre positivos, fortalecendo a identidade do profissional e o incentivando para realizar suas atividades com mais prazer, elevando a qualidade e o processo do trabalho ofertado.

Ao contrário, a insatisfação pode acarretar potenciais prejuízos à saúde do trabalhador, faz-se necessário realizar investigações acerca da temática e também dos fatores geradores de (in)satisfação, como aqueles referentes às condições de trabalho e às relações interpessoais no ambiente laboral (WISNIEWSKI et al, 2015).

Neste aspecto, Melo, Barbosa e Souza (2011) corroboram enfatizando que os efeitos mais comuns da satisfação no trabalho recaem sobre a produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos clientes, por isso tem se tornado fonte de preocupação das organizações, inclusive na área da saúde, onde há, de um lado, a satisfação por aliviar o sofrimento alheio e, do outro, a insatisfação com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias que levam à exaustão física e mental, baixa autoestima e perda de interesse pelo conforto do cliente, desencadeando comportamentos que vão desde a alegria, rapidez e eficiência até irritabilidade, desinteresse, mau humor e indelicadeza.

Sendo assim, é importante que o trabalho possa constituir fonte de sentimentos positivos e favoreça o alcance de realização e crescimento pessoal. A sobrecarga de trabalho e a falta de condições adequadas reforçam a percepção de reduzido reconhecimento e são questões que precisam ser discutidas e combatidas com ações resolutivas e envolvimento de todos os segmentos (DUARTE; SIMÕES, 2015).

### 3.2 A IMPORTÂNCIA DA VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O profissional de enfermagem faz parte de uma equipe multiprofissional do ambiente hospitalar, sendo peça chave no planejamento, desenvolvimento, execução e organização do processo de trabalho em saúde, mesmo incumbido de várias funções, muitas vezes esse profissional não tem a devida valorização e reconhecimento, passando despercebido entre os usuários, familiares e colegas de trabalho da área (AMORIM et al, 2017).

Seu estudo afirma ainda que, a falta de valorização e reconhecimento do profissional de enfermagem provavelmente acontece pela divisão social e técnica que ocorre na equipe, pois essa categoria de profissionais é composta por profissionais com formação e funções diferenciadas, dificultando a delimitação das atribuições e dos papéis profissionais, influenciando negativamente a valorização e o reconhecimento profissional desses profissionais.

Estudo realizado com enfermeiros afirma que, apesar de a afinidade com as tarefas ser primordial, assim como em qualquer outra profissão, aspectos como reconhecimento, valorização e satisfação são igualmente importantes. Ratifica-se que na enfermagem a falta de reconhecimento é histórica e se mantém na atualidade. Entre os elementos que compõem este contexto se mencionam a dificuldade de se definir as competências específicas, a segmentação da profissão em categorias e a cultura de supervalorização do saber médico, o que repercute ativamente nas vivências de sofrimento dos enfermeiros (BECK et al, 2014).

Nesta conjuntura Wisniewski et al, (2015) enfatizam que na sociedade atual, apesar de a enfermagem ser reconhecida como ciência, ainda herda traços do passado e muitas pessoas acreditam que para atuar nessa profissão necessita-se apenas de dom ou dote natural e não de preparo, de conhecimento científico específico e aprofundado.

Conforme o estudo realizado por Amaral, Ribeiro e Paixão (2015), a insatisfação dos profissionais de enfermagem com o trabalho foi uma das questões mais abordadas em sua pesquisa, essa insatisfação está ligada diretamente ao não reconhecimento do esforço executado pelo profissional, pela não valorização e pelas condições precárias a que o enfermeiro se expõe no desenvolvimento do processo de trabalho, refletindo diretamente na qualidade de vida no trabalho. Neste aspecto, foi elaborado o Quadro 2 com base nos dados desse estudo, onde apresenta os

principais fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem.

Duplas/triplas jornadas de trabalho;

Sobrecarga das atividades;

Baixos salários;

Falta de recursos materiais;

Elevado nível de tensão;

Outros vínculos empregatícios;

Insatisfação dos profissionais com a qualidade de vida no trabalho;

Trabalho em condições de alto desgaste;

Comprometimento na qualidade de vida e estresse laboral;

Sufrimento físico e psíquico;

Alteração no padrão do sono;

Alimentação prejudicada;

Interferência no convívio familiar e social;

Dependência de medicamentos;

Exaustão emocional e baixo nível de realização profissional;

Ausência de reconhecimento pelo trabalho;

Ausência de plano de carreira;

Comunicação deficiente.

Fonte: Elaborado a partir de Amaral, Ribeiro e Paixão (2015).

**Quadro 2** – Principais fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem.

A profissão de enfermagem é caracterizada por alguns autores como trabalho com penosidades, através dos rodízios de escalas de turnos noturnos e diurnos, duplas ou triplas jornadas de trabalho, em função da baixa remuneração, envolvimento com os limites humanos, dor, doença e morte. Ainda convivem com a desvalorização de seu trabalho, condições insalubres no ambiente laboral, geralmente perigoso, exposição à violência por parte dos funcionários, chefes e

clientes. Além desses fatores, há pouco tempo para refeições e descanso, com sobrecarga de atividades, provocando estresse que pode aumentar transtornos ocupacionais e riscos de acidentes de trabalho (MEDEIROS, 2011; BECK et al, 2014).

Outro aspecto que pode influenciar para a desvalorização da equipe de enfermagem é a desunião, vários fatores interferem na relação interpessoal da equipe de enfermagem: descompromisso com os objetivos do trabalho; personalidade dos membros do grupo; disputa de poder entre os integrantes; problemas pessoais e com familiares interferindo no desempenho profissional; nível de escolaridade diversificado e o egoísmo. Ademais, a desmotivação pelos baixos salários, relações conflituosas em diferentes níveis hierárquicos, problemas no desempenho de funções pela falta de conhecimentos, habilidades e inaptidão dificultam também esse relacionamento entre enfermeiros (SOUZA et al, 2017).

Neste cenário Duarte e Simões (2015) corrobora que o trabalho dos profissionais de enfermagem é diretamente com o usuário, ofertando um cuidado interrupto, configurando-se uma atividade que exige muito desse profissional, pois suas funções são desenvolvidas em meio a situações de dor, estresse e tensão. Além disso, o trabalho da enfermagem é relacionado a jornada extensa, relações interpessoais insuficientes, esforço físico e desvalorização profissional.

Os autores supracitados afirmam que nesse contexto surgiu a importância da motivação, que pode ser descrito como mecanismo que oferece melhor qualidade de vida do profissional, quanto mais esse trabalhador estiver motivado, menor será a rotatividade e redução da ausência no trabalho, resultando assim na qualidade da assistência prestada, e satisfação daqueles que recebem o cuidado.

Segundo Beck et al, (2014) o enfermeiro ocupa uma posição de centralidade na equipe de saúde, uma vez que detém informações relativas à dinâmica do trabalho e aos processos desenvolvidos com todos os pacientes sob sua responsabilidade. Dessa forma, o trabalho do enfermeiro é composto por múltiplas atividades que convergem para uma finalidade maior, que é a qualidade da assistência prestada ao paciente.

Em consoante o estudo de Erdmann et al, (2009) aborda que a profissão de enfermagem, por muitas vezes é entendida apenas como complementar, subordinado aos profissionais da medicina, voltado para a caridade, e com pouca ou nenhuma autonomia, o que reflete na invisibilidade da profissão. Assim, de maneira

geral, há uma prática comum da população de nomear como enfermeiro qualquer pessoa vestida de branco que não for médico e que esteja atuando em instituições de saúde. Essa prática certamente representa um reflexo da representação na auto-imagem e na auto-(des)valorização dos profissionais de enfermagem em relação ao seu trabalho e função social.

Neste aspecto, podemos considerar que a enfermagem se constitui atualmente numa área de saber útil à sociedade, a partir do desenvolvimento de um conjunto de atividades que são essenciais à vida, mas que ainda não são reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção (RIBEIRO, 2011).

Estudos mais recentes evidenciam que a visibilidade do enfermeiro implica na articulação de competências com evidências a nível técnico, científico e relacional, o que concorre para a representação social da profissão. O status profissional constrói-se a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que, por sua vez, se refletem na ampliação das intervenções sociais, mais expressivamente, na ocupação de espaços que deem margem e reconhecimento à enfermagem como protagonista de um novo saber e fazer (ERDMANN et al, 2009).

Souza et al, (2017), ressalta que a imagem de qualquer categoria profissional, na sociedade, pode ser associada a poder, reconhecimento e status. Por isso, o que a sociedade pensa do profissional é tão importante quanto aquilo que ele é; pois a projeção de uma imagem negativa dificulta o desenvolvimento da profissão e seu reconhecimento por parte da sociedade. A enfermagem tem utilizado pouco e mal os meios de comunicação para elucidar a comunidade científica e a população em geral sobre suas competências e seu papel na sociedade. Pesquisas no Brasil e no mundo retratam a “invisibilidade” do profissional em relação a seus clientes.

Neste aspecto Ribeiro et al, (2011), afirma que é importante que os enfermeiros promovam a sua imagem. É preciso dar visibilidade ao sucesso dos cuidados de enfermagem, dar-nos a conhecer à população. Para a conquista plena do reconhecimento e valorização da profissão de enfermagem, por parte dos cidadãos e, sobretudo, o reconhecimento dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros terão que refletir sobre o seu desempenho e desenvolver estratégias de mudança que vão os qualificar e valorizar, fundamentando assim a autonomia e identidade profissional pretendida.

Para Lage e Alves (2016), a falta de valorização e reconhecimento do trabalho do profissional de enfermagem é um fator fundamental na interferência direta do seu desempenho, da sua autoestima e como resultado da relação do profissional com o seu trabalho e consigo mesmo. Enfatiza ainda que, o fazer desse profissional é impulsionado pela valorização e reconhecimento do seu trabalho, pois, quando é desenvolvido com satisfação, ele se sente realizado profissionalmente, contribuindo assim na busca por seu crescimento profissional.

Ainda segundo os autores supracitados, ao reconhecer a atuação do profissional de enfermagem com seu prestígio social, ele se sentirá completo na realização de sua função, desempenhando melhor suas atividades no cotidiano de seu trabalho perante a população, haja vista que ao ser reconhecido o trabalhador tem a tendência de desenvolver sua função com mais satisfação e comprometimento, o profissional de enfermagem não é diferente, sendo reconhecido e valorizado desenvolverá uma assistência qualificada ao paciente.

Em geral a satisfação do profissional de enfermagem está em poder ajudar as pessoas, pois no momento que ele transfere o cuidado, esse trabalhador sente-se útil e estimulado pela função que desenvolve. Outrossim, são a realização pessoal, a valorização, o reconhecimento e o trabalho por si próprio. Existem também os fatores de insatisfação desse profissional, entre eles podemos destacar: o cansaço físico, desgaste emocional, sobrecarga de trabalho, o qual gera desânimo e frustrações, refletindo no atendimento prestado ao paciente (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Para Souza et al, (2017) a imagem do enfermeiro apresentada é a de um profissional necessário e fundamental no cenário da saúde, indispensável na Unidade, identificada pela forma de atuação desse profissional. Ao cuidar, a presunção é de que o enfermeiro possa ver a pessoa além de sua enfermidade, esse é um artifício prático para despertar o senso de habilidade profissional de relacionar o ser em seu ambiente diverso e suas relações culturais. O enfermeiro carece de atualização contínua, não pode se restringir à aprendizagem adquirida na graduação, e deve atuar como multiplicador dos saberes que necessitam ser socializados com a equipe para que ambos possam se aprimorar permanentemente.

Neste aspecto, podemos considerar que a valorização e a motivação do profissional de enfermagem são imprescindíveis para o desenvolvimento satisfatório de sua profissão. Enquanto por um lado os fatores negativos causam frustrações e desalento refletindo muitas vezes na qualidade do atendimento ao paciente, por

outro as percepções, valores e sentimentos positivos refletem no seu exercício desse profissional, possibilitando a execução de suas atividades com êxito (LAGE; ALVES, 2016).

Oliveira et al, (2017) contribuem que vale ressaltar a importância da equipe de enfermagem na conquista de tais méritos como reconhecimento e valorização, visto que, sabidamente, esses profissionais assistem os usuários no hospital durante todo o dia, todos os dias, de forma ininterrupta. Ademais, a atuação do enfermeiro no processo de Acreditação merece destaque, porque esse profissional, como líder de equipe, possui ligação direta com as ações multiprofissionais, com a definição de estratégias para as mudanças necessárias no processo assistencial e de modelos operacionais para a prestação do cuidado.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em consonância com o resultado da pesquisa, a valorização no setor de trabalho é de fundamental importância para o exercício de uma atividade de qualidade, quando o funcionário trabalha com satisfação, não apenas seu trabalho é desenvolvido de melhor maneira, mas também os fatores fisiológico e emocional melhoram, pois apresentará a sensação de bem-estar, manifestando-se através de suas atividades de forma positiva.

Com os profissionais de enfermagem não é diferente, os mesmos precisam estarem motivados através do reconhecimento e valorização para ofertar uma melhor assistência aos seus pacientes. Foi possível identificar alguns fatores que interferem na qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem consequentemente na sua valorização e reconhecimento, entre eles estão as duplas/triplas jornadas de trabalho; sobrecarga das atividades; baixos salários; falta de recursos materiais; elevado nível de tensão; outros vínculos empregatícios; insatisfação dos profissionais com a qualidade de vida no trabalho; trabalho em condições de alto desgaste; comprometimento na qualidade de vida e estresse laboral, entre outros.



Ficou claro na pesquisa que quanto mais o profissional de enfermagem trabalharmotivado, menos serão as intercorrências referentes a rotatividade e redução da ausência notrabalho, repercutindo na qualidade da assistência prestada, e satisfação daqueles que recebemo cuidado. Quando ocorre esse reconhecimento o profissional de enfermagem sentirá umsentimento de satisfação profissional, melhorando de forma significativa sua atuação, commais entusiasmo e comprometimento.

Desta forma, é válido considerar que estudos que abordem essa temática é importanteferramenta para melhor desenvolvimento da atuação desses profissionais, o qual tem seuscuidados direcionados ao paciente de forma integral, e precisam se sentirem bem, paratransmitir confiança e bem-estar aos pacientes. Espera-se que este trabalho suscite outrossobre a temática, despertando o interesse de alunos, professores e pesquisadores.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, J. F; RIBEIRO, J. P; PAIXÃO, D. X. Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Ambiente Hospitalar: uma revisão integrativa. **RevistaEspaço para a Saúde**, Londrina. v. 16, n. 1, p. 66-74, jan/mar. 2015.

AMORIM, et al, O Trabalho do Enfermeiro: Reconhecimento e Valorização Profissional na visão do Usuário. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.11, n.5, p.1918-25, maio, 2017.

BECK, et al, Identidade profissional percebida por acadêmicos de enfermagem: da atuação ao reconhecimento e valorização. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v.22, n.2, p.200-5, mar/abr, 2014.

DUARTE, J. M. G; SIMÕES, A. L. A. Significados do trabalho para profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.388-94, mai/jun, 2015.

ERDMANN, A. L; et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistase lacunas. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p.637-43. Brasília, 2009.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

LAGE, C. E. B; ALVES, M. C. (Des)valorização da enfermagem: implicações no cotidiano do enfermeiro. **Enferm. Foco**; v.7; n.3/4, p. 12-16, 2016.

MEDEIROS, J. M. A. **Vivência do Ambiente Hospitalar pela Equipe de Enfermagem**.Dissertação (Mestrado) 96 folhas. 2011, Universidade Católica de Goiás –UCG.

Disponível:[tede2.pucgoias.edu.br:8080/.../JULIA%20MARIA%20MEDEIROS....>](http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/.../JULIA%20MARIA%20MEDEIROS....>)  
Acesso em: 25 de ago. de 2018.

MELO, M. B; BARBOSA, M. A; SOUZA, P. R. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v.19, n.4, 2011. Disponível: [www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\\_26.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_26.pdf). Acesso em: 25 de ago. 2018.

OLIVEIRA, et al. Atuação do Enfermeiro no Processo de Acreditação: Percepções da Equipe Multiprofissional Hospitalar. **Rev. baiana enferm**; v.31, n.2, p.173-94, 2017.

RIBEIRO, J. M. S. Autonomia profissional dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem**. v.3,n.5, pp.27-36, 2011.

SOUZA, R. V. Imagem do enfermeiro sob a ótica do acadêmico de enfermagem. **Enferm.Foco**; v.8, n.1, p.47-51, 2017.

TRINDADE, et al. Compreensão do Processo de Enfermagem por Enfermeiros de um Hospital Geral do Sul do Brasil. **Rev Enferm-UFSM**; v.5, n.2, p.267-277, 2015.

WISNIEWSKI, D. et al, Satisfação Profissional da Equipe de Enfermagem X Condições e Relações de Trabalho: Estudo Relacional. **Texto Contexto Enferm**; v.24, n.3, p.850-8. Florianópolis, 2015.

## **PRÁTICAS INTEGRATIVAS: AURICULOTERAPIA E SUA EFICÁCIA NO TRATAMENTO DO ESTRESSE**

## **INTEGRATION PRACTICES: AURICULOTHERAPY AND ITS EFFECTIVENESS IN TREATMENT OF STRESS**

## RESUMO

O estresse e ansiedade são doenças correspondentes a um mal das últimas décadas em todo mundo. Com o aumento de pessoas acometidas por estas doenças, tornou-se um problema de saúde pública lidar com os danos a saúde físicos ou mentais dessas doenças. Assim, visando uma redução e melhora dos níveis de estresse e ansiedade, a auriculoterapia vem revolucionando com sua eficácia no tratamento destas doenças. O objetivo desta pesquisa foi verificar como a literatura aborda a aplicabilidade da auriculoterapia chinesa para redução de níveis de estresse assim como a efetividade desta técnica como prática terapêutica. Trata-se de uma pesquisa do tipo pesquisa bibliográfica de caráter explicativo-descritivo com abordagem qualitativa, a partir de revisões bibliográficas. Conforme o material analisado observa-se a importância do conhecimento técnico e científico do enfermeiro na prática da auriculoterapia chinesa para o tratamento do estresse, pois o mesmo mostra-se eficaz no processo como um todo diminuindo ou até extinguindo a doença, gerando bem estar e melhora na qualidade de vida dos praticantes.

**Palavras-chave:** Auriculoterapia. Enfermagem. Assistência. Técnica.

## ABSTRACT

Stress and anxiety are diseases corresponding to an illness of the past decades throughout the world. With the increase of people afflicted by these diseases, it has become a public health problem dealing with the physical or mental health damages of these diseases. Thus, aiming at reducing and improving levels of stress and anxiety, auriculotherapy has revolutionized its efficacy in the treatment of these diseases. The objective of this research was to verify how the literature deals with the applicability of Chinese auriculotherapy to reduce stress levels as well as the effectiveness of this technique as therapeutic practice. It is a research of the type bibliographic research of explanatory-descriptive character with qualitative approach, based on bibliographical reviews. According to the analyzed material, it is observed the importance of the technical and scientific knowledge of the nurse in the practice of Chinese auriculotherapy for the treatment of stress, since it is effective in the process as a whole diminishing or even extinguishing the disease, generating wellbeing and improvement in the quality of life of the practitioners.

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba. Email: [leandrasfer21@gmail.com](mailto:leandrasfer21@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.

**Keywords:** Auriculotherapy. Nursing. Assistance. Technique.

## 1 INTRODUÇÃO

As perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental são, com base nos estudos epidemiológicos da última década, a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e mortalidade prematura, principalmente nos países como o Brasil, em desenvolvimento constante, e com uma vida sem preceitos de estabilidade, surge o estresse e a ansiedade como os transtornos que mais acometem as pessoas (RAVINDRAN; SILVA, 2013).

O estresse é um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio emocional, estado esse presente em situações diárias na vida das pessoas com alto nível de estresse. É um estado de tensão emocional e fisiológica e tem relação com as demandas do meio ambiente. Quando o estresse acontece, há uma quebra da homeostase do organismo, ocasionada por reação biológica de enfrentamento ou fuga, gerando resposta por todo organismo do ser humano. Trazendo como consequências graves, aumento da pressão arterial, úlceras gastroduodenais, infarto, psoríase, vitiligo, aumento da glândula supra-renal, diminuição do timo e gânglios linfáticos, levando à depressão do sistema imune. O estresse está presente no cotidiano das pessoas em pelo menos 90% da população mundial (KUREBAYASHI; GNATTA, 2012).

Estresse é um tema muito discutido na atualidade, popularmente e cientificamente, por meio de estudos realizados por diferentes profissionais. Está presente no âmbito pessoal e profissional. A um consenso de que a Enfermagem é uma profissão estressante. O Enfermeiro um profissional que presta assistência ao paciente e família, convivendo com situações conflitantes, como sofrimento e morte, nascimento e recuperação, principalmente dentro do ambiente hospitalar (Bianchi, 2009).

A ansiedade é um estado de espírito orientado para o futuro, manifestando-se por um estado mais prolongado de tensão, preocupação e apreensão acerca de eventos futuros incertos e eventualmente negativos. Pode existir uma sobreposição destes dois estados (ansiedade e alto grau de estresse), com o medo mais associado à ativação autonômica de fuga ou luta, pensamentos ou raiva imediata, e a ansiedade

manifestando-se por tensão muscular e vigilância, em preparação para um perigo futuro e precauções ou comportamentos evitantes (BRASIL, 2006).

O controle de fatores estressores depende da forma como cada um aprende a lidar com os desafios e dificuldades que o cercam, pois o estresse é uma reação biológica natural de enfrentamento de situações. Só se torna patológico quando há um rompimento do equilíbrio do organismo, fazendo com que alguns órgãos trabalhem mais e outros menos para poder lidar com o problema (Lipp, 1996).

Diante deste fato, especialistas e instituições unem esforços para propor meios que visem controlar os aspectos negativos do estresse. Desta forma, busca-se uma terapia com o objetivo de auxiliar na redução do nível de estresse dos indivíduos, como por exemplo as terapias orientais como a auriculoterapia chinesa, denominada Prática Complementar em Saúde (PCS) (DE SOUZA et al., 2014).

A acupuntura foi introduzida a partir do século VI nos países vizinhos à China e no século XVI/XVII, na Europa. Nas últimas décadas vem se difundindo por todo mundo em função da crescente aceitabilidade, pelas comunidades científicas, após estudos realizados sob uma perspectiva moderna ocidental, com método científico de investigação (KUREBAYASHI; PRADO, 2011).

De acordo com Maïke (1995), a auriculoterapia é uma das técnicas mais antigas de acupuntura, existindo documentos que datam de 500 a 300 A.C. Esta técnica tem sido amplamente praticada ao longo dos séculos, porém no início do século XX este tipo de terapia quase caiu no esquecimento, sendo resgatada por volta de 1957, por um médico francês chamado Paul Noguer que passou a estudar a estreita relação entre as regiões do corpo e as zonas reflexas da orelha, mapeando-as segundo suas pesquisas e introduzindo alterações na localização e no número de pontos, os quais são conhecidos até hoje (SOUZA, 1996).

Segundo Cintract (1987) e Souza (1996), a auriculoterapia é considerada pela medicina tradicional chinesa, como sendo um dos vários microssistemas do corpo humano, como as palmas das mãos, as plantas dos pés e o crânio. De acordo com Maïke (1995) este tipo de tratamento rudimentar teve suas raízes no Egito, Pérsia e não apenas na China como se acreditava.

Garcia (2003) afirma que ela é amplamente utilizada tanto para o diagnóstico/prevenção quanto para o tratamento de doenças, assim como promoção da analgesia. O diagnóstico por auriculoterapia é feito através da observação do pavilhão auricular o qual, quando há um distúrbio no organismo, apresenta algumas

alterações na coloração, textura e/ou sensibilidade, indicando qual área do corpo está sofrendo alguma disfunção ou problema (GARCIA, 2003; BLAT, 2004).

Tanto no Oriente quanto no Ocidente foram encontrados estudos que comprovam a eficácia da auriculoterapia na melhora de diversos quadros psicoemocionais. Em função do exposto, compreende-se que a auriculoterapia pode ser de grande utilidade nos ambientes de promoção à saúde por ser rápida, simples na aplicação, de baixo custo e não invasiva (SILVA et al., 2018).

A acupuntura auricular ou auriculoterapia é um microssistema de acupuntura no qual o diagnóstico, a profilaxia e o tratamento das diferentes patologias são efetuados no pavilhão auricular. É utilizada no tratamento de várias patologias e sintomas, nomeadamente a dor, ansiedade e adicções. Permite obter resultados rápidos e a sua simplicidade e portabilidade a tornam um método terapêutico complementar adequado para uso em ambulatório (BRASIL, 2006). Diante do exposto o objetivo geral desta pesquisa é verificar como a literatura aborda a aplicabilidade da auriculoterapia chinesa para redução de níveis de estresse assim como a efetividade desta técnica como prática terapêutica.

Quanto à auriculoterapia, esta prática vem se mostrando bastante apropriada para o tratamento de diferentes doenças. Mostrou-se similar em eficácia, quando comparada ao efeito de Midazolam para ansiedade, antes de extração dentária em estudo randomizado com 67 pacientes. Também se mostrou positiva para ansiedade e estresse em estudantes universitários e em profissionais da Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital. Os dois últimos estudos utilizaram o mesmo protocolo de pontos (Shen Men e Tronco Cerebral), com base no que se estruturou o protocolo definido no presente estudo, com acréscimo de um ponto (rim) (RAVINDRAN; SILVA, 2013).

O Ministério de Saúde apresentou a Política Nacional da Medicina Natural e Práticas Complementares em no Sistema Único de Saúde em fevereiro de 2005, com a intenção de implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, destacando-se a MTC/Acupuntura. É importante enfatizar, porém, que revelia dos avanços da implantação da acupuntura na rede pública, seu exercício ficou restrito classe médica, odontólogos e veterinários, sem a participação de outras categorias profissionais.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica é aquela que se efetiva tentando-se resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego predominante de informações provenientes de material gráfico, sonoro ou informatizado (PRESTES, 2011). Os estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, a utilização padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2007).

Diante do exposto, este estudo busca responder a seguinte questão: Como a literatura aborda a aplicabilidade da auriculoterapia chinesa para redução de níveis de estresse assim como a efetividade desta técnica como prática terapêutica?

Para a busca do material foram utilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) as seguintes palavras-chave: Auriculoterapia; Estresse; Medicina tradicional chinesa. A pesquisa foi realizada durante o período de junho a novembro de 2018. Assim, foram selecionados artigos que abordavam a temática proposta pela pesquisa, estavam disponíveis na íntegra, no idioma português e publicados entre 2008 a 2018.

O levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados selecionadas para o estudo proporcionou a aquisição de 15 artigos científicos, dos quais 10 apenas compuseram a amostra final desta revisão, após aplicados os critérios de inclusão. Mediante a análise dos estudos com a utilização do instrumento apropriado e elaborado exclusivamente para este estudo, todos os aspectos abordados serão descritos a seguir.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados para o estudo estão distribuídos no Quadro 1 conforme as referências cada obra e a contribuição sobre a temática.

| REFERÊNCIA DO ARTIGO                                                                                                                                                                                                                 | CONTRIBUIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. <b>Rev. esc. enferm. USP</b> , São Paulo, v. 46, n. 1, p. 89-95, 2012. | Concluiu-se que o nível de estresse entre profissionais de Enfermagem na amostra pesquisada foi de escore médio (58,7%) e alto (41,3%) e que o tratamento de auriculoterapia com agulhas e sementes conseguiu reduzir os níveis de estresse. |
| KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; SILVA, Maria Júlia Paes da. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. <b>Rev. Bras.</b>                                                                  | Concluiu-se que o tratamento individualizado, quando comparado ao uso de protocolo fechado, consegue ampliar o alcance da técnica da auriculoterapia chinesa para diminuição de níveis                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enferm., Brasília, v. 68, n. 1, p. 117-123, 2015.                                                                                                                                                                                                                        | de estresse e melhoria de qualidade de vida em profissionais de enfermagem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; SILVA, Maria Júlia Paes da. Efficacy of Chinese auriculotherapy for stress in nursing staff: a randomized clinical trial. <b>Rev. Latino-Am. Enfermagem</b> , Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 371-378, 2014.                           | A auriculoterapia sem protocolo, individualizada, conseguiu ampliar o alcance da técnica para a redução de estresse quando comparada à auriculoterapia protocolar.                                                                                                                                                                                                                 |
| CLEMENTE, Luciene Alves; SALVI, Jeferson de Oliveira; SOUZA, Laura Masson Trescher de. A efetividade da Auriculoterapia no tratamento do estresse e da Síndrome de Burnout em professores universitários. <b>Cad. naturol. terap. complet</b> , v.4, n.7, p. 21-27, 2015 | A auriculoterapia demonstrou ser uma intervenção efetivamente significativa ( $p=0,054$ ) para o tratamento dos sinais e sintomas relacionados ao estresse.                                                                                                                                                                                                                        |
| KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. Avaliação diagnóstica da Medicina Tradicional Chinesa dos sintomas de estresse tratados pela auriculoterapia: ensaio clínico. <b>Rev. eletrônica enferm</b> , v.16, n.1, p. 68-76, 2014.                                         | Concluiu-se que a auriculoterapia reduziu o estresse com melhores resultados para agulhas do que para sementes.                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. <b>Acta paul. enferm.</b> , São Paulo, v. 25, n. 5, p. 694-700, 2012.                                                                | A auriculoterapia com terapeutas mais experientes reduziu eficazmente o estresse em profissionais de Enfermagem, no entanto, considera-se a necessidade de mais estudos com este procedimento.                                                                                                                                                                                     |
| GIAPONESI, Ana Lúcia Lopes; LEÃO, Eliseth Ribeiro. A auriculoterapia como intervenção para redução do estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. <b>Nursing (São Paulo)</b> , v.12, n.139, p. 575-579, 2009.                                                 | Os resultados mostraram que os sintomas apresentados foram: desgaste, dores nas costas, comer com excesso, cansaço e 85,4 por cento da população apresentou melhora dos sintomas após o tratamento. Concluiu-se que a auriculoterapia parece contribuir para a diminuição de sinais e sintomas de estresse e deve ser estudada com amostras maiores.                               |
| SANTOS, Roberta Freitas et al. Auriculoterapia nos transtornos da ansiedade em acadêmicos do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná: relato de casos. <b>Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares</b> , v. 4, n. 7, p. 65-71, 2017.                         | A auriculoterapia foi uma intervenção eficaz na redução dos sintomas da ansiedade, evidenciando a discussão de sua acessibilidade devido a sua representatividade como instrumento terapêutico integrativo de baixo custo.                                                                                                                                                         |
| SILVA, J.P.; PEREIRA, L; ASSIS, I.B. A auriculoterapia no tratamento de ansiedade e obesidade. <b>Revista Saúde em Foco</b> , n.10, p.159-162, 2018.                                                                                                                     | A auriculoterapia se mostrou muito eficiente para ansiedade e obesidade. Tratando pontos específicos foi possível obter um bom resultado. Além do tratamento ser indolor, não possuir efeitos colaterais e ser de baixo custo, poderia ter mais investimento na área por parte governamental principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), para que toda população tenha acesso. |
| MOURA, Lizandra Eveline et al. Efeitos da auriculoterapia na redução do estresse em acadêmicos do curso de fisioterapia de                                                                                                                                               | Após a intervenção com a técnica de auriculoterapia observou-se mudança nos padrões de estresse, contribuindo para a                                                                                                                                                                                                                                                               |



|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| uma instituição privada. <b>Revista Inspirar Movimento &amp; Saude</b> , v. 15, n. 1, 2018. | compreensão da auriculoterapia como uma terapia alternativa para combate ao estresse, por seu potencial de promoção de bem-estar físico e psicológico, proporcionando assim melhora na qualidade de vida e no desempenho acadêmico dos estudantes. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição dos estudos conforme as referências e a contribuição sobre a temática.**

A etimologia da palavra auriculoterapia é oriunda do latim, em que *auris* significa orelha, *aurícula* significa pequena orelha, e do grego *the rapien*, que significa tratamento. Trata-se de uma terapia que é realizada mediante o estímulo de pontos específicos encontrados na superfície da orelha externa empregada para tratamento de enfermidades. A auriculoterapia tem sido utilizada para o tratamento do estresse e tem sido tema de vários estudos visando verificar sua eficácia e eficiência neste que foi considerado o mal do século XX e que continua a ameaçar a saúde e qualidade de vida de um grande número de pessoas (MOURA et al, 2018).

A medicina alternativa também tem ganhado espaço no enfrentamento do estresse e dentre as várias técnicas terapêuticas, a auriculoterapia tem sido citada com frequência e sendo foco de pesquisas científicas que visam o controle e tratamento do stress. Auriculoterapia tem sido bem aceita, é segura e eficaz para diferentes condições de transtornos psíquico emocionais, tendo sido reconhecida por seus efeitos positivos. Tem alto nível preventivo e terapêutico, pode ser realizada em 10 a 20 minutos utilizando – se semente de mostarda para estimulação não invasiva (SILVA; PEREIRA; ASSIS, 2018).

Guyton (2011) esclarece sobre a resposta fisiológica ao estresse. Uma vez que o indivíduo está diante de um agente estressor, desencadeia-se uma cascata de eventos capazes de permitir à pessoa exercer atividade física com muito mais energia do que seria possível de outra forma. O estresse mental ou físico excita o sistema nervoso simpático, principalmente em eventos emocionais, causando os efeitos simpáticos também chamados de “reação de luta ou fuga”. As consequências são: pressão arterial aumentada, fluxo sanguíneo para os músculos aumentado, fluxo sanguíneo diminuído para os órgãos, aumento do metabolismo celular no corpo todo, da concentração de glicose, da força muscular, da atividade mental e da velocidade de coagulação sanguínea.

A Auriculoterapia, assim como a acupuntura, é parte integrante da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), definida por Kurebayashi e Silva (2014), como uma técnica terapêutica no qual o pavilhão auricular recebe estímulos nos pontos corretos,

aproveitando o reflexo que a aurícula exerce sobre o Sistema Nervoso Central tem sido adotada como auxiliar no tratamento e controle do estresse. Os pontos estimulados durante as sessões de auriculoterapia estão situados na orelha e correspondem a todos os órgãos e funções do corpo. Dulcetti Junior (2001) explica que, ao se efetuar a estimulação, o cérebro recebe um impulso que desencadeia uma série de fenômenos físicos, relacionados com a área do corpo, produzindo equilíbrio físico ou mental, e assim auxiliando no tratamento da ansiedade, estresse, inibição do apetite, intestino, depressão, insônia, vícios e de outros distúrbios físicos ou emocionais.

Para Kurebayashi e autores (2015), assim, a praticidade em realizar a auriculoterapia, pelo baixo custo da terapêutica e os bons resultados no enfrentamento do estresse, tornou-se uma prática integrativa de saúde que pode trazer inúmeros benefícios para os usuários dos serviços de saúde, diminuindo os encaminhamentos a especialistas e o uso de drogas para o controle do estresse, concordando com o estudo de Santos e autores (2017) que relata a eficaz e importância do tratamento por ser realmente de baixo custo e eficaz contra os sinais e sintomas ocasionado pelo processo de ansiedade e estresse da população acometida por este mal.

Para os estudos de Lopes (2016), como também para o estudo de Gianponesi e Leão (2009), conjuntamente concordam na eficaz dos tratamentos como redução dos sinais e sintomas apresentados por alto grau de estresse em pessoas, nos quais os mais apontados e complementados nos dois estudos foram: desgaste físico e mental no final do dia, comer em demasia, mesmo sem fome, sobre carga de trabalho, esquecimento das coisas ao longo do dia, como uma falta de memória parcial, dores nas costas, e até mesmo diarreia sem motivo ou algo que possa ter impulsionado.

O que observa-se nas duas pesquisas é que deve existir um protocolo de assistência áprático, seguido semanalmente ou quinzenal, para cada especificidade apresentada pelo doente, sistemático para cada caso, eficaz em conteúdo e técnica. Com isso verifica-se a necessidade de técnica especializada elaborada em protocolos ágeis, viáveis e de baixo custo para a população.

Um dos entraves a auriculoterapia é o medo da população que não conhece o tratamento e pensam que as agulhas usadas ou até mesmo as sementes podem causar dores, o que relata o estudo de Silva, Pereira e Assis (2018) que demonstra ainda que o tratamento pode ser utilizado por enfermeiros e que a técnica deve ser respeitada com conhecimento científico sobre o assunto. O mesmo estudo relata ainda que as técnicas de tratamento ou controle do estresse através da auriculoterapia pode

ser realizado com o uso de sementes ou de agulhas, de uso individual e descartável e deve ser feito através da estimulação de pontos auriculares, conforme observados nas Figuras 1 e 2.



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com/yhs/search/auriculoterapia.html>

**Figura 1- Agulhas em pontos do pavilhão utilizadas para o tratamento da auriculoterapia.**

A técnica de estimulação dos pontos pode ser realizada por meio de diversos materiais como agulhas semipermanentes, sementes de mostardas, esfera de aço, esferas magnéticas, massagem, pressão, estimulação elétrica, entre outros. Antes da aplicação é necessário realizar a detecção do ponto, através da pressão, utilizando uma pinça ou instrumento de ponta romba. Espera-se que a estimulação gere dor a pressão ou crie uma depressão leve no local. Os pontos que se apresentam mais sensíveis a dor são considerados pontos reativos à estimulação e, portanto, pontos que podem apresentar melhores resultados terapêuticos (Souza, 2001).

Complementando o estudo de Kurebayashi e autores (2014) descreve a auriculoterapia com aplicação de sementes de mostarda nos pontos auriculares poderiam oportunizar um maior estado de relaxamento, bem como um realinhamento energético para que ele próprio encontrasse dentro de si a consciência, força e responsabilidade para lidar com os bloqueios emocionais que o afetavam. Além de melhorar significativa não foi por apenas sementes, relata que o agulhamento foi mais eficaz para seus estudos, porém isso é relativo visto que todos os tratamentos tem finalidade específica e cada paciente reage de maneira diferente, podendo ser mais eficaz com agulhas e outro com sementes.



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com/yhs/search/auriculoterapia.html>

**Figura 2 - Agulhas e sementes utilizadas para o tratamento da auriculoterapia.**

Em seguida, realiza-se antissepsia local com álcool a 70% e algodão. Com a pinça ou aplicador de agulhas auriculares o ponto escolhido é puncionado perpendicularmente de forma rápida. Após aplicação, as agulhas são cobertas com fita adesivas hipoalergênicas, permanecendo por no Maximo, sete dias ( Souza, 2001).

Garcia (2003) acrescenta que os estímulos nos pontos auriculares com função sedativa, ou calmante, aumentaria o limiar doloroso, provocando uma repressão da reação bulbar dolorosa.

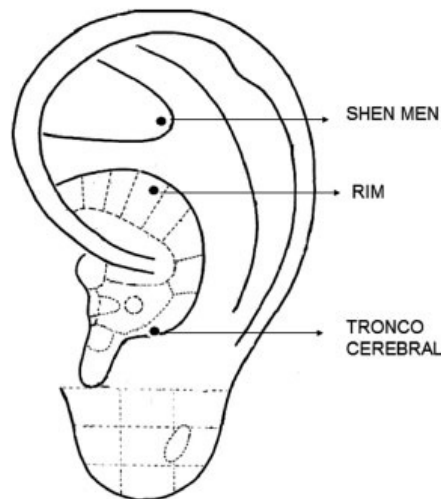
Souza (1996) e Garcia (2003) explicam que tais sintomas são um indicativo de que o ponto auricular estimulado é uma área reagente fazendo com que estas sensações sejam um indicativo de que o paciente irá responder bem ao tratamento

Ainda conforme o autor, o que importa mesmo e eficácia na redução do estresse com o tratamento que vise atender aos pontos para atingir o objetivo de melhora na qualidade de vida do paciente, conforme observado na Figura 3 e 4. As mais usadas são Shen Men e Tronco Cerebral, pontos estes no ouvido. As follow-up são as mais utilizadas como ponto resposta, já o ouvido externo e área da bochecha/face podem ser utilizadas de forma de placebo para estresse, que também teve índices positivos para o tratamento.



Fonte: <https://br.images.search.yahoo.com/yhs/search>

**Figura 3 – Auriculoterapia com sementes de mostarda.**



Fonte: <https://br.pinterest.com/silvialeticiaguimaraes/auriculoterapia/>

**Figura 4 - Áreas inervadas mais utilizadas no tratamento para estresse.**

Para os estudos de Clemente, Salvi e Souza (2015) abordam ainda um dos problemas relacionado aos sinais e sintomas do estresse correlacionando que a melhora depende da segurança passada pelo profissional que realiza a auriculoterapia e o processo de vínculo com o paciente que pratica o tratamento, o que nos remete que a eficácia do tratamento como um todo depende de todos os envolvidos. Para os mesmos autores as sementes de mostarda se mostram eficazes em algumas pessoas que utilizam na auriculoterapia, pois depende de cada grau de estresse e da adaptação do paciente com a técnica, então daí que alguns tratamentos são eficazes com uns sem depender de agulhamentos.

Para o estudo de Kurebayashi e Silva (2015) foi relacionado que quanto maior e melhor é o tratamento da auriculoterapia, melhor será a eficácia por se tratar de seguimento profissional onde o enfermeiro pode ser o portador desta técnica. Isso acontece pelo fato realmente de seguir uma técnica antiga, porém renovadora no processo de prática sem custo elevado caracterizado como um tratamento individual, pautado no que realmente o paciente acometido por estresse precisa melhorar em sua vida, dando lugar a um tratamento fechado, considerado ágil e eficaz no tratamento de melhora na qualidade de vida dos pacientes.

O estresse excessivo provoca cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória, apatia a produtividade e a criatividade. A percepção do desempenho insatisfatório cria dúvidas sobre si, o que gera crises de ansiedade e humor depressivo. A qualidade de vida é afetada e frequentemente as pessoas com estresse excessivo sentem vontade de abandonar tudo (LIPP, 2010).

A busca constante pelo equilibrar os fatores organizacionais e a assistência os profissionais tanto emocionalmente, quanto física e espiritualmente. Na dimensão física, por exemplo, exposições repetidas e prolongadas as condições de estresse podem ocasionar tensão e fadiga. Psicologicamente, pode frequentemente provocar emoções como ansiedade, depressão, medo e raiva. Em resposta a esses sentimentos, comportamentos como compulsão alimentar, alcoolismo e tabagismo são utilizados como enfrentamento ao estresse. Espiritualmente, o estresse pode causar uma desconexão com a crença pessoal (ENGEI, 2004).

Entretanto, a acupuntura sham invasiva ou não invasiva pode apresentar respostas circulatórias, imunológicas e neurofisiológicas, pois o mecanismo da acupuntura e da auriculoterapia não é totalmente conhecida. Particularmente em relação à auriculoterapia, outros viés dificulta a escolha por um delineamento de pesquisa: a existência de mais de um mapa desenvolvido e utilizado mundialmente. As duas principais linhas de pesquisa são derivadas da escola chinesa e francesa, conforme já referido, que embora apresente algumas similaridades, apresentam estilos, conceitos e mapas divergentes. Isso dificulta a escolha de pontos verdadeiros e pontos sham (HAMMERSCHLAG, 1998).

Souza (1996) explica que segundo a medicina tradicional chinesa, a aurícula possui uma estreita relação com o sistema nervoso central através dos canais e meridianos que percorrem o corpo fluindo QI (energia). Assim, quando há uma alteração no fluxo normal de QI, ocorrem distúrbios e/ ou doenças, e ao se fazer a

estimulação dos pontos auriculares proporcionar-se-ia o reequilíbrio do fluxo de QI, restabelecendo-se o estado de saúde e até mesmo a cura da doença.

Fregonese (2005) relata que ao se iniciar o tratamento por meio da auriculoterapia, o paciente poderá sentir, tanto na orelha quanto em outra parte do corpo, algumas sensações como calor e dor ao se estimular o ponto auricular, sendo estas sensações consideradas normais e esperadas, indicando que aquele ponto é reagente e que o paciente irá responder bem ao tratamento. Entretanto, sudorese e tontura podem ocorrer, sendo consideradas reações inesperadas.

O que relata ainda no estudo de Kurebayashi e autores (2012) é a importância ainda da auriculoterapia na redução do estresse do enfermeiro, visto que esse grupo de profissionais carrega alto grau de estresse, por plantões exaustivos, carga horária alta, mais de um emprego, entre outros, no qual é preocupante, visto que a área de saúde sempre irá proporcionar esse mesmo processo de caracterização da profissão.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos estudos apresentados pode-se observar a eficácia do tratamento com a auriculoterapia e seus resultados com o estresse em termo de redução são significativos. Todos os estudos foram positivos na efetivação da redução do estresse com a técnica da auriculoterapia, o que remete que todo o processo de tratamento precisa ser sistematizado, individualizado e praticado por profissionais capacitados cientificamente. Assim, o emprego da auriculoterapia torna-se eficaz e seguro reduzindo o estresse e melhora a qualidade de vida dos pacientes.

O enfermeiro pode ser um facilitador de todo processo desde o acolhimento até a criação do vínculo com o paciente. Entretanto, para que a enfermagem tenha o conhecimento eficaz para ser o praticante desta técnica, este profissional precisa ser devidamente treinado, mesmo sendo uma técnica antiga, a especialização em auriculoterapia para o enfermeiro é um processo novo.

Apesar das produções de artigos sobre o tema, foram poucos os que apontaram o enfermeiro como facilitador desse processo, o que remete mais a necessidade de novos estudos sobre o assunto e a sua eficácia, além da conscientização de sua positividade e redução do medo de sua prática tanto para o paciente como para o enfermeiro que quer implementar esta técnica. Assim, é possível destacar que a auriculoterapia é uma prática em que o enfermeiro pode atender de modo direto o

paciente, revendo de perto os resultados, estimulando e aprimorando os benefícios em sua técnica com precisão, caracterizando as boas práticas de forma científica para a melhora da qualidade de vida de seus pacientes.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.P.S.; ZAMPAR, R.; PINTO, S.M.E. Auriculoterapia no tratamento de indivíduos acometidos por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) / lesões por esforços repetitivos (LER). **Arq Ciênc Saúde Unipar.**, v.10, n.1, p.35-42, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 4 de maio de 2006. **Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

CLEMENTE, L. A.; SALVI, J. de O.; SOUZA, L. M. T. de. A efetividade da Auriculoterapia no tratamentodo estresse e da Síndrome de Burnout em professores universitários. **Cad. naturol. terap. complem**; v.4, n.7, p. 21-27, 2015.

DE ARAÚJO, Ana Paula Serra; ZAMPAR, Rosângela; PINTO, Sandra Mara E. Auriculoterapia no tratamento de indivíduos acometidos por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)/lesões por esforços repetitivos (LER). **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 10, n. 1, 2008.

DE SOUSA, E. M. D. et al. Auriculoterapia: terapia milenar e eficiente no tratamento de enfermidades. **Ricardo de Figueiredo Lucena**, p. 90, 2014.

DULCETTI JUNIOR, O. **Pequeno tratado de acupuntura tradicional chinesa.** São Paulo: Andrei, 2001.

GIAPONESI, A. L. L.; LEÃO, E. R. A auriculoterapia como intervenção para redução do estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva. **Nursing (São Paulo)**; v.12, n.139, p.575-579, dez 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JUNIOR, G. S. M. **Chinesa acupuncture.** Brookline: Paradigm, 1994.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 89-95, 2012.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, 2012.

KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. da. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 1, p. 117-123, Fev. 2015.



KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. da. Efficacy of Chinese auriculotherapy for stress in nursing staff: a randomized clinical trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 371-378, June 2014

KUREBAYASHI, L.F.S.; GNATTA, J.R. Avaliação diagnóstica da Medicina Tradicional Chinesa dos sintomas de estresse tratados pela auriculoterapia: ensaio clínico. **Rev. Eletr. Enf.** 2014 jan/mar; v.16, n.1, p.68-76

LOPES, Graciana de Sousa et al. **Auriculoterapia no Combate ao Estresse em Professores Universitários: Estudo Piloto.** 2016.

MOURA, Lizandra Eveline et al. Efeitos da auriculoterapia na redução do estresse em acadêmicos do curso de fisioterapia de uma instituição privada. **Revista Inspirar Movimento & Saude**, v. 15, n. 1, 2018.

PRADO, J. M. do. Aplicação da auriculoterapia verdadeira e sham no tratamento de estresse em enfermeiros. **São Paulo: USP**, 2014.

PRESTES, A. R. Percepções sobre ensino de metodologia de pesquisa no mestrado. **Revista Pretexto** , v. 11, n. 2, 2011.

RAVINDRAN, A. V.; SILVA, T. L. Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v.150, p 707–719, 2013.

SANTOS, Roberta Freitas et al. Auriculoterapia nos transtornos da ansiedade em acadêmicos do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná: relato de casos. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, v. 4, n. 7, p. 65-71, 2017.

SILVA, J.P.; PEREIRA, L ASSIS,I.B. A auriculoterapia no tratamento de ansiedade e obesidade. **Revista Saúde em Foco**, n.10, p.159-162, 2018.

## **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA A PUÉRPERAS COM HIV/AIDS**

## **ACTION OF THE NURSE OF THE BASIC HEALTH UNIT IN ASSISTANCE TO PUERPERAS WITH HIV / AIDS**

Luana Soares do Nascimento<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg V. Rosenstock<sup>2</sup>  
Ana Cláudia Gomes Viana<sup>3</sup>  
Teresa Cristina Albuquerque Leal<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A transmissão do vírus HIV pode acontecer de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não são tomadas as devidas medidas de prevenção. A equipe de enfermagem tem grande importância no cuidado direto às puérperas soropositivas. Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer a visão do enfermeiro sobre o cuidado à puérpera portadora de HIV/AIDS realizando uma revisão das ações de enfermagem a serem prestadas a esta mulher antes, durante e após a gestação. Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo foi utilizada uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizada com seis enfermeiras de Unidades Básicas de Saúde de Cabedelo. Observou-se que trabalhar com puérperas soropositivas se torna difícil não apenas pela doença, mas pelo estado ético, emocional e social. Percebe-se que a assistência de enfermagem nesse âmbito de puérperas soropositivas necessita de melhor conhecimento e uma nova abordagem aos profissionais de enfermagem para que ela possa desempenhar essas ações corretamente. Observa-se que existe a necessidade de melhor qualificação dos enfermeiros que prestam esta assistência, a fim de manter o acompanhamento conjunto entre UBS e a Unidade de Referência para apoio psicossocial, acesso a insumos de prevenção, melhora da adesão, reconhecimento precoce da doença, acesso aos antirretrovirais facilitado e acompanhamento clínico obstétrico, formando uma rede integral de atenção à saúde da mulher soropositiva.

**Palavras-chave:** Protocolo de HIV. Transmissão vertical. Puérpera HIV.

### **ABSTRACT**

Transmission of the HIV virus can happen from mother to child during pregnancy and breastfeeding when appropriate preventive measures are not taken. The nursing team has great importance in the direct care to the seropositive puerperas. This research aims to know the nurse's view on the care of puerperal women with HIV / AIDS by performing a review of the nursing actions to be given to this woman before, during and after pregnancy. To reach the objective proposed by the study, an exploratory-descriptive study with a qualitative approach was used with six nurses from the Basic Health Units of Cabedelo. It has been observed that working with HIV-positive puerperas becomes difficult not only for the disease, but also for the ethical, emotional and social state. It is noticed that the nursing care in this field of seropositive

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: luanasoares25vl@gmail.com.

<sup>2</sup>Docente do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba. João Pessoa, PB. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.

puerperas needs better knowledge and a new approach to the nursing professionals so that it can carry out these actions correctly. It is observed that there is a need for better qualification of the nurses who provide this assistance, in order to maintain the joint monitoring between UBS and the Reference Unit for psychosocial support, access to prevention inputs, improved adherence, early recognition of the disease, access to anti retrovirals facilitated and obstetric clinical follow-up, forming a comprehensive health care network for HIV-positive women.

**Keywords:** HIV protocol. Vertical transmission. Puerpera HIV.

## 1 INTRODUÇÃO

Descoberta na década de 80, a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) é um problema de saúde pública no Brasil. Trata-se de uma doença crônica provocada pelo vírus HIV que ataca o sistema imunológico responsável por combater doenças no organismo. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. A contaminação por esse vírus é preocupante diante da sua grande incidência está relacionado às mulheres com faixa etária entre 20 à 34 anos, por elas se encontrarem em idades férteis ocasionando um aumento de transmissão vertical da mãe para o filho (DE LIMA et al, 2016).

A transmissão do vírus pode acontecer, por meio da relação sexual sem proteção, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não adotar as devidas medidas de prevenção. Trata-se de um problema de caráter público, estudos epidemiológicos mostram que as ações de prevenção, tratamento e controle do HIV/AIDS entre gestantes e puérperas ainda é insatisfatória, mesmo dispondo de tecnologia adequada, ou seja, o acesso aos antirretrovirais (ARV) e os exames para diagnóstico, levando a uma reflexão em relação à qualidade da assistência prestada a essas gestantes durante o pré-natal (SANTOS, OKAZAKI, 2012).

A enfermagem é de enorme importância no cuidado direto às puérperas soropositivas. Trabalhar com estas mulheres pode ser difícil não somente pela condição da paciente, ou seja, viver com HIV/AIDS, mas principalmente por elas encontrarem obstáculos que inclui questões emocionais, sociais e éticas. Ressalta-se que a adequada função das ações de prevenção é prejudicada pela dificuldade de acesso e menor qualidade da assistência pré-natal, falta de informação, tanto da equipe de saúde quanto da população, sobre o avanço da epidemia na população

feminina e sobre a disponibilidade de intervenções eficazes na diminuição desse tipo de transmissão; da disponibilidade insuficiente de exames na rede; e as dificuldades para obter os resultados após a solicitação do teste (ARAÚJO, SIGNES, ZAMPIER, 2012).

O HIV sendo um problema de saúde pública por ser uma patologia grave, torna-se ainda pior quando passada ao feto. Nesse sentido é necessário avaliar a capacitação dos profissionais de enfermagem frente aos pacientes portadores de HIV/AIDS, conhecer os cuidados adotados aos portadores, bem como verificar a importância do pré-natal da gestante e seu acompanhamento (RIBEIRO et al, 2017).

As Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo à promoção da saúde materna, prevenção e tratamento de complicações que possam ocorrer no período gravídico e puerperal. Estas unidades possuem uma particularidade centrada no cuidado, na escuta qualificada e no vínculo entre profissional /paciente. Assim, o Ministério da Saúde (MS) oferece aos profissionais que prestam assistência ao pré-natal, protocolos de procedimentos e condutas a serem realizadas durante todo o pré-natal de alto risco a fim de garantir a qualidade em toda rede de atenção à gestante soropositiva. (TOMAZETTI et al, 2018)

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a visão do enfermeiro sobre o cuidado à puérpera portadora de HIV/AIDS realizando uma revisão das ações de enfermagem a serem prestadas a esta mulher antes, durante e após a gestação; relatar as principais dificuldades dos profissionais na assistência a puérperas portadoras do vírus HIV/AIDS; e discutir a importância de uma assistência pré-natal adequada e humanizada a fim de traçar o melhor plano de prevenção e tratamento.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo foi utilizada uma pesquisa do tipo pesquisa-ação de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Esse método é relatado como uma pesquisa de campo onde o pesquisador pessoalmente se envolve diretamente no mundo escolhido para o estudo, o autor deve ser proativo na investigação. Ele deve propor ações e depois avaliar os resultados delas na população envolvida (TRIPP, 2005). É um método de coleta de informações diretamente de pessoas a respeito de seus conhecimentos. A coleta de informações é feita através de questionários, aplicados no público alvo escolhido para realização da pesquisa. Freitas et al (2000) diz que o método utiliza um instrumento predefinido, que é o questionário, para obter descrições quantitativas de uma população; é quantitativo, e sua escolha deve estar associada aos objetivos da pesquisa.

Para Gil (2008), a pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população pesquisada. Estabelece dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados, são utilizados instrumentos para a pesquisa que podem ser: inventários, questionários entre outros. O autor ainda fala que a pesquisa exploratória busca se familiarizar com algum tema específico buscando a construção de hipóteses. É, portanto, bastante flexível quanto ao seu planejamento, tomando a forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

A população alvo do estudo foi profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da família em seis Unidades Básicas de Saúde incluindo Camalaú, Siqueira Campos, Palmeiras, João Roberto, Ponta de Mato e Centro situadas no município de Cabedelo/PB. Os critérios de inclusão da amostra foram que os enfermeiros atuassem em unidades Básicas de saúde e aceitação dos participantes.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com questões objetivas, para que ao final pudessemos alcançar os objetivos proposto pelo estudo. O questionário foi aplicado pelo próprio pesquisador face a face na Unidade Básica de Saúde no município de cabedelo. Para melhor analisar os paradoxos e dúvidas enfrentados por eles, após a investigação e levantamento dos dados, com intuito de trazer uma melhora na assistência diante da temática apresentada.

Após a coleta os dados, estes foram organizados e passaram pelo processo de análise, para que pudessemos transformá-los em informação. Nessa fase foi utilizado a análise de estatísticas: média, frequência, porcentagem, entre outros (para variáveis quantitativas) e métodos compreensivos como a análise de conteúdo (para variáveis qualitativas). As questões abertas foram transcritas e os textos submetidos a uma análise lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires). O software IRAMUTEQ foi criado em 2009, ele é gratuito e desenvolvido sob a lógica da open source, utilizando o software R para gerar diferentes tipos de análises de dados textuais, desde as mais simples como cálculos de frequências até as análises multivariadas, como a classificação hierárquica descendente clara (MARCHAND; RATINAUD, 2012). Os dados foram analisados a partir da bibliografia levantada sobre o tema para realizar, efetuando as reflexões críticas ou comparativas com base na literatura estudada.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos necessários uma vez que envolve seres humanos, sendo observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Resolução nº 510/2016. Ambos estabelecem qual a conduta do pesquisador no processo de investigação científica quando envolve seres humanos, resguardando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Assim, a coleta de dados só foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Educação Superior da Paraíba –

IESP e pela autorização as Secretária Municipal de Saúde de Cabedelo, tendo como CAEE: 98143018.5.0000.5184.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados acerca da caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo estão representados na Tabela 1.

| Dados dos participantes                                                                                                            |                | n* | frequência (%) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----|----------------|
| Gênero                                                                                                                             | Masculino      | 0  | 0              |
|                                                                                                                                    | Feminino       | 6  | 100            |
| Faixa etária                                                                                                                       | 26 a 35 anos   | 2  | 33,3           |
|                                                                                                                                    | 36 a 45 anos   | 2  | 33,3           |
|                                                                                                                                    | 46 a 50 anos   | 2  | 33,3           |
| Tempo de atuação na UBS                                                                                                            | Até 2 anos     | 2  | 33,3           |
|                                                                                                                                    | 2 a 5 anos     | 1  | 16,7           |
|                                                                                                                                    | Mais de 6 anos | 3  | 50,0           |
| Realizou algum curso ou alguma disciplina na pós-graduação os procedimentos utilizados na Unidade Básica de Saúde com as HIV/AIDS? | Sim            | 1  | 16,7           |
|                                                                                                                                    | Não            | 5  | 83,3           |
| Total                                                                                                                              |                | 6  | 100            |

\*n= número de participantes da pesquisa  
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo - PB. Cabedelo, 2018.**

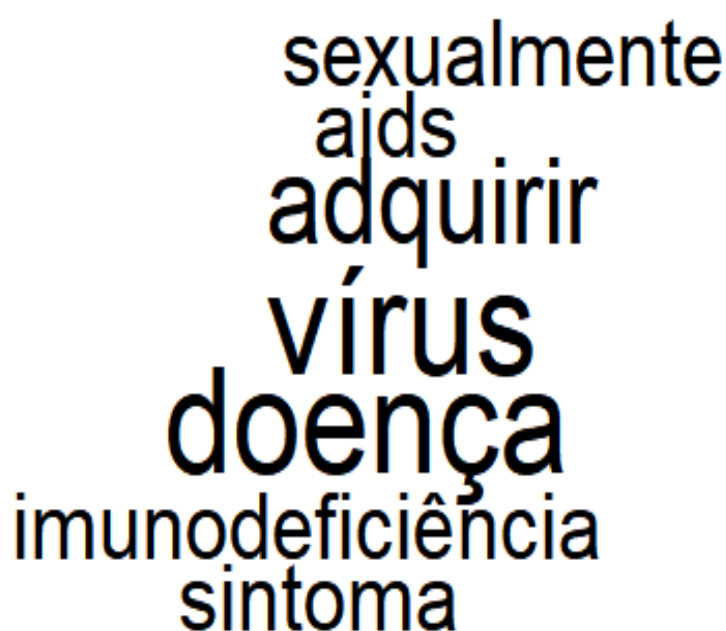
Na Tabela 1 é possível observar a prevalência do sexo feminino na população investigada confirmando uma tendência de feminilização da força de trabalho em saúde. Quanto à variável idade, observou-se que 33,3% dos enfermeiros entrevistados incluem-se na faixa etária entre 26 a 35 anos, profissionais com a faixa etária entre 36 a 45 anos que é 33,3%, 46 a 50 anos de idade (33,3%). Quanto aos dados de atuação na UBS, 33,3% dos profissionais de enfermagem tem 2 anos atuando nessa área, 16,7% dos profissionais tem 2 a 5 anos de atuação, embora ainda há um número muito relevante de 50% dos profissionais atuam a mais de 6 anos na unidade básica de saúde.

Entre os entrevistados apenas 16,7% afirmaram ter pós-graduação para área de serviço de saúde no seu âmbito de trabalho atual e 83,3% negam ter realizado curso ou alguma disciplina na pós-graduação sobre os procedimentos utilizados na Unidade Básica de Saúde com puérperas HIV/AIDS.

Estes dados são semelhantes aos observados em um estudo realizado pelo

Ministério da Saúde que avaliou a implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos do país, onde a maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino (78,0%), tem entre 25 a 29 anos de idade (33,0%), tem mais de 4 anos de formação profissional (68,0%) e atuam na ESF há mais de quatro anos (59,0%) (DOS SANTOS; DOS SANTOS; DE CARVALHO, 2015).

As questões subjetivas foram submetidas à análise lexical que foram realizadas interdiscurso, com análise sêmica e semântica na comparação das ocorrências de palavras, as unidades ocorrentes das mesmas palavras e de cotextos. A análise de similitude baseia-se na teoria dos gráficos e possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação (MARCHAND; RATINAUD, 2012). A Figura 1 mostra a correlação das palavras em nuvem nas respostas acerca do conceito de HIV/AIDS pelos enfermeiros na pesquisa realizada, demonstrando que eles possuem um bom conhecimento destes conceitos.



Fonte: IRAMUTEQ e dados da pesquisa, 2018.

**Figura 1 - Nuvem de palavras a partir das respostas dos enfermeiros participantes da pesquisa acerca do conceito de HIV/AIDS. Cabedelo, 2018.**

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença crônica infecciosa, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O vírus HIV ataca o sistema imunológico responsável por combater doenças no organismo, as células mais atingidas são os linfócitos TCD4+ que tem seu DNA alterado pelo HIV a fim de produzir

cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe o linfócito em busca de outros para continuar a infecção (DE LIMA et al, 2016).

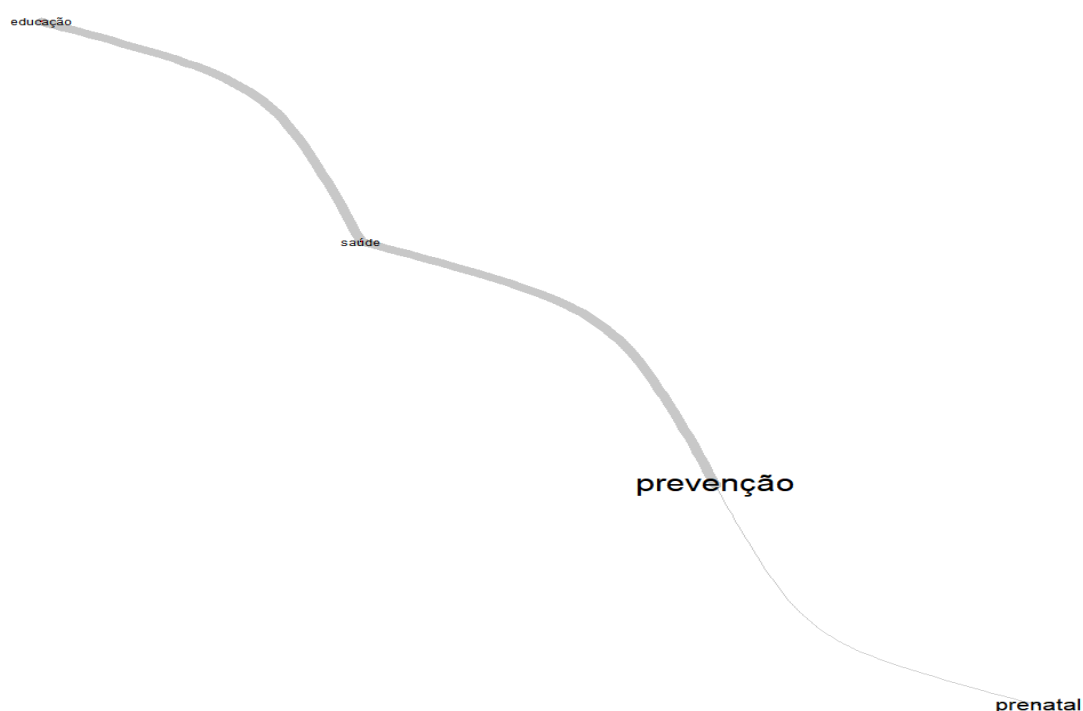
Os primeiros casos de AIDS no Brasil ocorreram na década de 80, considerados uma epidemia que se alastrou rapidamente, tornando-se um problema de saúde pública. Desde a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), descrito como o responsável pelas manifestações relacionadas à AIDS, mais de 60 milhões de pessoas já foram infectadas no mundo. De acordo com o Programa das Nações Unidas para a AIDS, o número total de adultos e crianças que vivem com HIV e AIDS no mundo atingiu a cifra de 40 milhões em 2001, dos quais 90% viviam em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

Acreditava-se que essa contaminação ocorria, apenas, em homossexuais, prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos, que eram chamados de grupo de risco. Porém, a contaminação atingiu outros grupos chamados de feminilização que são mulheres de idade entre 20 a 34 anos. Essa faixa etária de mulheres contaminadas tornou-se preocupante, pois se encontram em idades férteis ocasionando um aumento de transmissão vertical da mãe para o recém-nascido (DE LIMA et al, 2016).

A taxa de incidência de HIV em gestantes no Brasil apresentou um aumento significativo nos últimos dez anos, de 2000 até 2014 foi de 84.558, porém a taxa de detecção de HIV, em menores de cinco anos, tem-se observado uma queda estatisticamente significativa na transmissão vertical no Brasil, cerca de 35,7% respectivamente de 2004 a 2013. Diante disso, torna-se de grande relevância estudos que possam evidenciar a importância da atuação da equipe multiprofissional para garantir às gestantes soropositivas um pré-natal, parto e puerpério de qualidade, evitando a contaminação do recém-nascido (DE LIMA et al, 2016).

Diante da Figura 1, observa-se que há diversas palavras apropriadas relacionadas ao conceito HIV/AIDS, mesmo que as respostas tenham sido umas entanto triviais e modestas. A Figura 2 apresenta a análise similitude de palavras nas respostas dos profissionais a respeito da assistência de enfermagem na prevenção da transmissão vertical.





Fonte: IRAMUTEQ e dados da pesquisa, 2018.

**Figura 2 –Gráfico de similitude a partir das respostas dos enfermeiros participantes da pesquisa acerca assistência de enfermagem na prevenção da transmissão vertical de HIV. Cabedelo, 2018.**

A partir da análise do corpus das respostas sobre assistência de enfermagem na prevenção da transmissão vertical de HIV é possível verificar que no entendimento destes profissionais o termo “prevenção” está relacionado com os termos direto “pré-natal”, “saúde” e “educação”, conforme observado na Figura 2.

A transmissão vertical ocorre na maioria das vezes durante o trabalho de parto com 65%, outras ocorrem intra útero com 35%, essencialmente nas últimas semanas de gestação e no aleitamento materno, representando um risco adicional de transmissão de 7% a 22%<sup>3</sup>. De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, nos anos de 2013 e 2014 foram notificados 70.677 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre adultos e 773, em crianças. Dessas notificações, 7.219 são de gestantes infectadas com vírus HIV. Nos últimos dez anos, observou-se uma tendência de queda estatisticamente significativa no Brasil com 35,7% de contaminação da gestante com HIV para o RN (DE LIMA et al, 2016).

Essa significativa redução nas taxas de transmissão vertical é decorrente da conscientização das gestantes em realizar o pré-natal, no qual ocorrem o aconselhamento e incentivo para a realização do teste de HIV; a utilização precoce do

tratamento com antirretrovirais; a orientação sobre a escolha da via de parto, a qual dependerá das situações obstétricas e/ou da carga viral; orientações no puerpério sobre a não adesão ao aleitamento materno e sobre os cuidados rotineiros, aumentando, assim, as chances da gestante ter um bebê saudável. O conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico tornaram possível a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada às gestantes infectadas (DE LIMA et al, 2016).

A Tabela 2 apresenta as respostas dos enfermeiros entrevistados sobre a situação de treinamento acerca dos procedimentos utilizados com puérperas portadoras de HIV/AIDS.

| <b>Questões e respostas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     | <b>frequência (%)</b> |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | *   |                       |      |
| Para que as ações de redução da transmissão vertical do HIV possam acontecer, todo e qualquer serviço que realiza pré-natal deverá oferecer o teste anti-HIV a toda gestante, sem necessidade de um aconselhamento pré e pós teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV, sendo a realização do teste voluntária e confidencial ? | Sim |                       | 33,3 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Não |                       | 66,7 |
| Para aumentar o número de gestantes testadas para o HIV, é fundamental que haja maior adesão (dos profissionais de saúde e das usuárias) às ações voltadas para a detecção dessa infecção?                                                                                                                                                                             | Sim |                       | 100  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Não |                       | 0    |
| De acordo com o manejo das gestantes portadoras do HIV, os cuidados especiais incluem o acompanhamento clínico obstétrico e laboratorial; a instituição da terapia antirretroviral, avaliação de sua eficácia e efeitos adversos; adesão ao tratamento e outras recomendações; e apoio psicológico e social.                                                           | Sim |                       | 100  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Não |                       | 0    |
| Na primeira consulta da gestante portadora de HIV, vários estudos têm demonstrado que alguns fatores estão associados ao aumento do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho, entre estes estão os fatores virais, maternos, comportamentais, obstétricos e inerentes ao recém-nascido?                                                                         | Sim | 6                     | 100  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Não | 0                     | 0    |
| O Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes HIV+ e de crianças expostas ao HIV. A notificação deve ser realizada pelo serviço de referência que acompanha o caso e cabe à Atenção Básica acompanhar em conjunto com esse serviço, as pessoas de sua área de abrangência?                                                                       | Sim | 6                     | 100  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Não | 0                     | 0    |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | 6                     | 100  |

\*n= número de participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 2 – Questões para verificar a situação de treinamento dos enfermeiros participantes da pesquisa acerca dos procedimentos utilizados com Puérperas HIV/AIDS nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo – PB. Cabedelo, 2018.**

A pergunta do questionário abordava as ações para a redução da transmissão vertical do HIV, incluindo o teste anti-HIV, o aconselhamento pré e pós teste. Assim, os profissionais de enfermagem marcaram as alternativas que eles julgaram corretas. Das 6 enfermeiras investigadas apenas 66,7% responderam de forma correta, sendo 33,3% de respostas incorretas.

De Lima et al, (2016) destaca a importância do pré e pós teste independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV. Essa significativa redução nas taxas de transmissão vertical é decorrente da conscientização das gestantes em realizar o pré-natal, no qual ocorrem o aconselhamento e incentivo para a realização do teste de HIV; a utilização precoce do tratamento com antirretrovirais; a orientação sobre a escolha da via de parto, a qual dependerá das situações obstétricas e/ou da carga viral; orientações no puerpério sobre a não adesão ao aleitamento materno e sobre os cuidados rotineiros, aumentando, assim, as chances da gestante ter um bebê saudável. O conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico tornaram possível a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada às gestantes infectadas.

Com relação a importância do fortalecimento das ações para a detecção da infecção pelo HIV entre gestantes, todas as enfermeiras investigadas (100%) concordaram que é fundamental que haja ações voltadas a detecção dessa infecção, com uma maior adesão dos profissionais e usuárias das UBS. Ademais, todas consideraram como correto os fatores que estão relacionados a transmissão vertical como os fatores virais, maternos, comportamentais, obstétricos e inerentes ao recém-nascido e a obrigatoriedade da notificação compulsória de gestantes HIV+ e de crianças expostas ao HIV pelo serviço de referência que acompanha o caso. A Tabela 3 apresenta as respostas dos profissionais de enfermagem entrevistados sobre os procedimentos de testagem utilizados para detecção do HIV em gestantes pelos enfermeiros.

| Questões e respostas                                                                                                            |                                      | n* | frequência (%) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----|----------------|
| Serviços de saúde considerados porta de entrada para o diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes no Sistema Único de Saúde. | Unidade Básica de Saúde              | 4  | 66,7           |
|                                                                                                                                 | Unidade de saúde e Maternidade       | 2  | 33,3           |
| Nome do teste sorológico para testagem da infecção pelo HIV.                                                                    | Anti-HIV ou teste rápido             | 5  | 83,3           |
|                                                                                                                                 | Teste Eliza                          | 1  | 16,7           |
| Período de acompanhamento laboratorial.                                                                                         | 1ª consulta e início do 3º trimestre | 5  | 83,3           |
|                                                                                                                                 | Não respondeu                        | 1  | 16,7           |
| Total                                                                                                                           |                                      | 6  | 100            |

\*n= número de participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 3 – Questões acerca dos procedimentos de testagem utilizados para detecção do HIV em gestantes pelos enfermeiros participantes da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo – PB. Cabedelo, 2018.**

Nessa questão pedia-se apenas que fossem citados alguns procedimentos de testagem, incluindo os serviços de saúde considerados porta de entrada para o diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS), o nome do teste sorológico e o período de acompanhamento laboratorial a gestante. De acordo com as respostas dos enfermeiros, são consideradas porta de entrada para o diagnóstico da infecção pelo HIV em gestantes no SUS a Unidade Básica de Saúde com 66,7% e 33,3% afirmaram ser na maternidade. Quanto ao nome do teste sorológico para infecção pelo HIV, a maioria (83,3%) afirmou ser o teste anti-HIV ou teste rápido usado na UBS e apenas 16,7% mencionaram o Teste Eliza.

Quanto ao período de acompanhamento laboratorial, a maioria (83,3%) respondeu na 1ª consulta e início do 3º trimestre, 16,7% dos entrevistados não respondeu a questão. Observa-se que a maioria das respostas estão corretas, porém o número de erros demonstra que alguns profissionais conhecem pouco sobre os procedimentos de testagem do HIV em gestantes, mostrando insegurança nas respostas estando algumas totalmente fora do contexto do enunciado da questão.

Para o Ministério da Saúde (2006) os serviços considerados porta de entrada para o diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis em gestantes no Sistema Único de Saúde são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Programa da Saúde da Família (PSF) e os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA ou COAS). Estes são responsáveis pela captação das gestantes para o pré-natal e realização da testagem para o HIV e a

sífilis. Os testes sorológicos (ELISA e confirmatório), assim como o teste rápido para HIV, que pode ser realizado por profissionais de saúde capacitados, são indicados na rotina pré-natal. O teste para o HIV deve ser oferecido no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Caso este seja negativo, deve ser continuada a rotina de pré-natal e realizado novo teste no terceiro trimestre.

Os enfermeiros participantes da pesquisa quando questionados sobre os obstáculos enfrentados pela equipe de enfermagem no cuidado direto às puérperas soropositivas destacaram as orientações sobre a amamentação, proteção durante a relação sexual, além do preconceito e estigma acerca da doença, conforme os trechos dos discursos a seguir:

*Mas pode ser o estigma, não adesão do tratamento e gasto com o tratamento de locomoção por ser distante (E2)*

*Impossibilidade de amamentar e, portanto, maiores despesas na alimentação do RN, a possível montabilidade emocional pela sua condição; risco maior de adoecimento e transmissão ao bebê. (E3)*

*Psicológico afetado pela doença impossibilitando a mesma de realizar adesão ao tratamento; soropositiva apresenta algumas limitações físicas em relação aos cuidados com RN. (E4)*

*Preconceito, impossibilidade de amamentar e planejamento familiar. (E5)*

*Preconceito, tempo e falta de humanização por parte de alguns colegas de enfermagem. (E6)*

A equipe de enfermagem é fundamental no cuidado direto às puérperas soropositivas. Trabalhar com estas puérperas requer a adequada função das ações de prevenção, entretanto, estas podem ser prejudicadas pela dificuldade de acesso e menor qualidade da assistência pré-natal, falta de informação tanto da equipe de saúde quanto da população sobre o avanço da epidemia na população feminina, e sobre a disponibilidade de intervenções eficazes na diminuição desse tipo de transmissão; da disponibilidade insuficiente de exames na rede; e as dificuldades para obter os resultados após a solicitação do teste (ARAÚJO, SIGNES, ZAMPIER; 2012).

Com relação ao protocolo do Ministério da Saúde adotado pelo enfermeiro diante de um aceite ou recusa do teste anti-HIV pela gestante, as respostas dos participantes apontam um conhecimento limitado acerca dos procedimentos necessários conforme os trechos destacados:

*Encaminhar a paciente para uma sala reservada e fazer a coleta, sigilosa e realizar o aconselhamento pós testes. (E1)*

*Assinar o termo de compromisso e assinar o prontuário que negou fazer o teste, é um direito dela não querer fazer, mas ela assinando fico respaldada. (E2)*

*Informar a paciente sobre o risco da não testagem, encaminhar para o acompanhamento /aconselhamento psicológico e informar no cartão de gestante a recusa. (E3)*

*Diante do aceite, realizar o aconselhamento pré-teste; explicar como é realizado o exame; se positivo, referenciar as necessárias; diante da recusa, solicitar a gestante assinatura do termo de recusa; registrar no prontuário do paciente. Solicitar exame junto aos demais exames laboratoriais, explicando a importância da realização do mesmo. (E4)*

*Caso aceite, deve ser realizado o teste rápido sempre explicando tudo que será feito. Se positivo das orientações e realizar o teste II, e dependendo do resultado encaminhar para local especializado. Caso houver recusa, encaminhar para laboratório ou uma melhor anotações. (E5)*

*Aceite: fazer o teste de maneira segura e com isso assegura o direito da gestante de saber se está imune ou não da doença. Recusa: Em um outro momento, conscientizá-la da importância do teste até mesmo para evitar a transmissão vertical. (E6)*

Neste sentido, o Ministério da Saúde (2006) aponta que é importante que o profissional estabeleça um ambiente favorável para o diálogo e esteja atento para conduzir a consulta seguindo as seguintes recomendações:

- Assegurar um mínimo de privacidade;
- Destacar o objetivo do atendimento e reforçar a garantia do sigilo;
- Estimular a fala da gestante, identificando fatores de vulnerabilidade e risco;
- Explicar o que é o teste anti-HIV; como ele é feito; o que mede e quais são suas limitações, explicitando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo;
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da doença materna quanto para a prevenção da transmissão vertical, reforçando as chances dessa prevenção;
- Mencionar o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV;
- Discutir as vantagens e implicações dos dois métodos utilizados para a realização do teste.

Assim, a abordagem inicial permite identificar o conhecimento das gestantes sobre DST e AIDS, iniciar o “mapeamento” das situações de vulnerabilidade e de risco em que elas possam estar inseridas, bem como a motivação para a realização do teste. Esses conteúdos deverão ser complementados e aprofundados após o resultado do teste, permitindo uma abordagem sobre aspectos de sua vida íntima, tais como práticas sexuais e uso de drogas. Após serem dadas as orientações necessárias para a realização do teste, tanto a gestante quanto o profissional de saúde deverão assinar o termo de consentimento ou recusa para a testagem (MINISTÉRIO DE SAÚDE 2006).

Assim, destaca-se que a atuação do enfermeiro na assistência a saúde da mulher puérpera com HIV/AIDS torna-se de fundamental importância para promoção, proteção e recuperação a saúde em qualquer fase da vida e principalmente no que diz respeito ao bem-estar emocional, social e ético. O enfermeiro é responsável pela assistência pré-natal que tem como finalidade acolher a mulher desde o momento em que a mesma evidenciou a sua gestação, e cabe a este profissional de saúde oferecer atenção qualificada e integral às gestantes diagnosticadas com o vírus HIV/AIDS, garantindo um cuidado mais humanizado, além de tal prática ser importante para a redução da transmissão vertical e mortalidade materna e infantil (RIBEIRO, 2017).

Assim, para que o enfermeiro possa agir com mais autonomia e eficiência em sua assistência à gestante e puérpera com HIV/AIDS é importante ter o conhecimento necessário de avaliação e de cada critério a ser examinado, traçar um planejamento com um tratamento eficaz e adequado para trazer uma boa qualidade de vida para a puérpera e o feto durante e após a gestação. As ações de prevenção no pré-natal possibilitam intervenções eficazes na diminuição de transmissão cruzada de mãe e feto, dando a usuária uma assistência humanizada e com uma conduta correta proporcionando um melhor bem-estar e qualidade de vida em todo processo de gestação.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do resultado desta pesquisa foi identificada a importância da necessidade do conhecimento dos profissionais de enfermagem nas avaliações e em suas respectivas condutas na assistência das puérperas com HIV/AIDS. Para que esta tarefa tenha êxito é necessário que o profissional enfermeiro tenha uma base adequada quanto a sua atuação e conhecimentos relacionados aos protocolos.

Observa-se que as puérperas necessitam de um melhor apoio social, ético e emocional para que haja uma melhor aceitação quanto ao seu estado de viver com HIV/AIDS, promovendo a redução da transmissão vertical do HIV de mãe para filho, com a implementação de estratégias de educação permanente que possam sensibilizar, mobilizar e capacitar profissionais envolvidos com essa assistência.

A partir dos resultados obtidos, analisa-se que a equipe de enfermagem não tem uma abordagem adequada à puérpera soropositiva, desconhecendo algumas recomendações do Ministério da Saúde. Isto pode ser um obstáculo no cuidado direto

às gestantes e puérperas soropositivas, demonstrando a necessidade de uma melhor abordagem do profissional, não apenas de enfermagem, mas de toda equipe multiprofissional para garantir às gestantes soropositivas um pré-natal, parto e puerpério de qualidade, evitando a contaminação do recém-nascido visando proporcionar maior qualidade da assistência.

Percebe-se que a assistência de enfermagem nesse âmbito de puérperas soropositivas necessita de melhor conhecimento e uma nova abordagem aos profissionais de enfermagem para que ela possa desempenhar essas ações corretamente. Observa-se que existe a necessidade de melhor qualificação da equipe de enfermagem que presta assistência a fim de manter o acompanhamento conjunto entre UBS e a Unidade de Referência para apoio psicossocial, acesso a insumos de prevenção, melhora da adesão, reconhecimento precoce da doença, acesso aos antirretrovirais facilitado e acompanhamento clínico obstétrico, formando uma rede integral de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Carla Luzia França; SIGNES, Aline Faria; DE BARROS ZAMPIER, Vanderleia Soéli. O cuidado à puérpera com HIV/AIDS no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 49-56, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DE LIMA, Suzane da Silva et al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 56-61, 2016.

DOS SANTOS, Aline Maiane Silva; DOS SANTOS, Wenysson Noletto; DE CARVALHO, Patricia Maria Gomes. O conhecimento dos enfermeiros acerca da transmissão vertical do hiv/aids. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 9, n. 10, 2015 p. 1509-1517.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, jul. 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCHAND, P., RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliqueéaux corpus textueles: les primaires socialista espour l'election présidentielle française. **Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**, p. 687-699, 2012.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: MS, 2006.

RIBEIRO, Ana Cláudia Oliveira et al. **Assistência de Enfermagem à Mãe e Bebê Portadores de HIV/AIDS**. In: Congresso Internacional de Enfermagem, 2017.

SANTOS, E.F, OKAZAKI, E.L.FJ. Assistência de enfermagem à gestante soropositiva para HIV. **Rev Enferm UNISA**. v.13, n.1, p.33-6, 2012.

TOMAZETTI, Bárbara Maldonado et al. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 1, 2018 p. 41-50

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.443-466, dez. 2005.

**ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES COM TCE: REVISÃO DE  
LITERATURA**  
**ASSISTANCE OF NURSES TO TCE PATIENTS: LITERATURE REVIEW**

Michelânia Pontes de Souza<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg V. Rosenstock<sup>2</sup>  
Emmanuela Costa de Medeiros<sup>3</sup>  
Suzana Araújo de Macedo<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** Define-se com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) o trauma causado à caixa craniana, comprometimento funcional neurológico, de intensidade grave, moderada ou leve, várias são as consequências resultantes de um TCE, desse modo, torna-se cada vez mais essencial que o enfermeiro esteja capacitado para executar os cuidados necessários na vítima desta lesão. **Objetivo:** Identificar na literatura a assistência do enfermeiro ao paciente com TCE, realizando uma síntese referente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), especificando as ações deferidas pelo enfermeiro ao paciente vítima de TCE, relatando as vantagens da implementação da SAE, que dentre outras, destaca-se a elevação da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando o paciente, por meio de um atendimento individualizado. **Metodologia:** A elaboração deste estudo é de caráter bibliográfico exploratório, sendo desenvolvido através de material já elaborado. O referencial teórico é embasado por autores como: Bittar (2006), Carlos (2006), Cunha (2005), Silva (2012). **Resultados e Discussões:** Foram identificados fatos significativos na conjuntura da saúde, sobretudo, nas disposições da SAE no âmbito hospitalar referente à assistência realizada pelo enfermeiro a um paciente acometido por um TCE, bem como a conduta e o acolhimento primário no ambiente pré-hospitalar, direcionamento da equipe e tomada de decisões. **Considerações finais:** É notória a importância da SAE na aplicabilidade da enfermagem, bem como na assistência ao paciente com TCE, pois apresenta procedimentos a serem realizados pela equipe de enfermagem, o enfermeiro é o mentor desta prática sendo necessário diretrizes para a execução desta finalidade.

**Descritores:** Assistência de enfermagem. Enfermeiro. Paciente.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Traumatic brain injury (TBI) is defined as the trauma caused to the cranial cavity, functional neurological impairment, severe, moderate or mild intensity, several consequences of a TBI, thus becoming more and more essential that the nurse is qualified to perform the necessary care in the victim of this lesion. **Objectives:** To

---

<sup>1</sup>Graduanda do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP. E-mail: lany\_gatalinda@hotmail.com

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira Mestre. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [karellineir@gmail.com](mailto:karellineir@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

identify in the literature the nurse's assistance to the patient with TBI, performing a synthesis regarding Nursing Care Systematization (SAE), specifying the actions that the nurse has given to the TBI patient, reporting the advantages of implementing the SAE, which others highlight the increase in the quality of nursing care, benefiting the patient, through an individualized care. **Methodology:** The elaboration of this study is of exploratory bibliographic character, being developed through material already elaborated. The theoretical framework is based on authors such as: Bittar (2006), Carlos (2006), Cunha (2005), Silva (2012). **Results and Discussions:** Significant events were identified in the health context, especially in the SAE provisions in the hospital context, regarding the care performed by the nurse to a patient affected by an ECT, as well as the conduct and primary care in the prehospital environment, team direction and decision making. **Final considerations:** The importance of SAE in the applicability of nursing, as well as in the care of the patient with TBI, is well-known, as it presents procedures to be performed by the nursing team, the nurse is the mentor of this practice and guidelines are needed for this purpose.

**Keywords:** Nursing care. Nurse. Patient.

## INTRODUÇÃO

O Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) é um problema crítico de saúde pública na atualidade. Cerca de 50 % dos óbitos causados por lesões traumáticas estão associadas ao TCE, e mais de 60 % das mortes por causa desse trauma são resultantes de acidentes automobilísticos. Defere-se que a cada 15 segundos ocorra um TCE, e que a cada 5 minutos uma dessas vítimas morra, e outra fique com sequela permanente (OLIVEIRA, PAROLIN, TEIXEIRA JR, 2007).

Melo, Silva, Junior (2004) relatam que o TCE é apontado como importante fator de óbito em suas vítimas a partir de 1682, tomando dimensões cada vez maiores, sobretudo ao aumento de sua incidência estar exatamente correlacionado com a evolução da humanidade e a expansão da tecnologia. Atualmente é a maior causa de morbidade e mortalidade nas comunidades; é a terceira causa mais comum de morte, excedido apenas por doenças cardiovasculares e câncer.

A evolução de um paciente com TCE necessita de um acompanhamento específico com registros sistemáticos e objetivos. Desse modo, a utilização da avaliação neurológica é fundamental, pois permite explorar e perceber mudanças do estado clínico. Essa avaliação deve ser realizada rotineiramente, sobretudo, na fase aguda, para a detecção precoce de possíveis alterações neurológicas, prevenindo assim um mau prognóstico para o paciente (AMORIM et al, 2013).

É eminente ressaltar que o TCE pode causar a morte e de deficiência física e mental, ficando atrás apenas do Acidente Vascular Cerebral, como doença com

potente impacto na qualidade de vida do homem. A assistência, nesse caso, é tida como um dos aspectos que evidencia o cuidado ao paciente com traumatismo crânio encefálico (TCE), desempenhando um papel decisivo na vida do indivíduo que necessita dos cuidados, pois é o membro da equipe multidisciplinar que está diretamente em contato com a vítima (ALVES et al, 2000; BRASIL, 2012).

Dentro da equipe multidisciplinar, o enfermeiro é o primeiro profissional que interage diretamente com o paciente, coletando dados sobre a sintomatologia, medicações, ou ainda relativos às questões de fluxo e especificidade de atendimento do serviço. Consolidando esse primeiro contato na realização do registro, da entrevista e do exame físico, com ênfase na observação do comportamento, expressão verbal e não verbal de dor, postura e sinais clínicos, determina-se a classificação da prioridade do atendimento (GENTILE et al, 2011).

Segundo Amorim et al (2013), o enfermeiro está cada vez mais ocupando um lugar de destaque na assistência ao doente crítico, assumindo responsabilidades cada vez mais importantes e decisivas para uma melhor identificação das necessidades de cuidado aos pacientes que buscam pelos serviços de saúde. Neste contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem sido colocada como uma proposta de oferecer uma identidade à enfermagem, de modo que haja o aprofundamento das discussões sobre a filosofia da profissão e sua relação com a função profissional e como o desenvolvimento da mesma (CARLOS, 2006).

Paiva et al (2015) afirma que o processo de enfermagem é um instrumento metodológico que guia o enfermeiro sobre ações de diagnosticar, intervir e avaliar, todavia se faz necessário que esses profissionais estejam cientes da importância de uma abordagem eficaz para a obtenção de resultados positivos. Relacionado a habilidade técnica, espera-se que o enfermeiro aplique seus conhecimentos na gerenciação das ações assistenciais, realizando decisões cabíveis e corretas adequando os recursos humanos e materiais disponíveis, assegurando um atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos (BARBOSA et al, 2010).

Assim, conforme os dados destacados acima, este estudo tem como objetivo verificar na literatura a assistência do enfermeiro ao paciente com TCE, enfatizando suas ações em cada etapa do processo de enfermagem.

## **2 METODOLOGIA**

A metodologia abordada neste estudo segue os princípios da pesquisa bibliográfica de caráter exploratório. De acordo com o pressuposto de Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita.

Marconi e Lakatos (2003), delimitaram oito fases principais da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação final.

A pesquisa bibliográfica, segundo Severino (2007), ocorre a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc., utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos.

A sua principal finalidade é dispor com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações, podendo ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

Dentre as principais fontes de busca e pesquisa, foram consultadas as bases de dados: LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), eScientific Electronic Library Online (SciELO), pois possuem um número significativo de publicações latino-americanas na área de enfermagem, delimitando a abordagem da implantação da SAE, enfatizando o papel do enfermeiro e a assistência do enfermeiro ao paciente com TCE. A busca das referências bibliográficas nestas bases de dados, foram encontrados publicações de artigos, teses, monografias, relacionados com o tema abordado, sendo utilizados as palavras-chave: sistematização, assistência, enfermagem, e TCE.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados obtidos nesta pesquisa viabilizaram uma série de conhecimentos frente à assistência do enfermeiro ao paciente com TCE, destacando a utilização e a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Hermida e Araújo (2006), evidenciam que a implantação do Processo de enfermagem aconteceu na década de 70, por Wanda de Aguiar Horta, porém apenas em 2002 a SAE obteve

apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, para ser executada em âmbito nacional nas instituições de saúde. Para utilização da SAE, existem várias teorias fundamentadas pra sua estruturação e implantação, para que ambas aconteçam é necessário percorrer um caminho metodológico para sua implementação e o eixo principal é o Processo de Enfermagem (REMIZOSKI et al, 2010).

O Processo de Enfermagem (PE) é o processo de ações sistematizadas e relacionadas entre si, que evidencia a organização da assistência de enfermagem. Aborda uma enfermagem ética e humanizada, regida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem de uma pessoa. No Brasil é uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, constituindo, portanto, uma ferramenta de trabalho do enfermeiro. Há várias outras denominações para o PE e, entre elas, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE apresenta potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que faz parte da reorganização e sistematização das práticas em saúde. No Brasil, foi vivenciado uma mudança paradigmática do modo de produzir saúde, que começou com o movimento da Reforma Sanitária na década de 1970 e que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (DUARTE; ELLENSOHN, 2007; CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

Posteriormente, foi identificado mudanças nas ações do enfermeiro em função das necessidades dos serviços de saúde, determinadas principalmente por suas políticas, com o afastamento gradativo desse profissional em relação ao cuidado direto ao paciente, e sua inserção gradativa nas atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade no cotidiano do trabalho. Assim, o cuidado direto passa a ser desempenhado mais frequentemente pelas demais categorias de enfermagem (PEDUZZI; ANSELM, 2002).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem, a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, considerando sua institucionalização como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. O Conselho identifica que a implantação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem (COREN, 2002).

Diante do exposto, a Resolução Nº 272/02, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determina, privativamente, ao enfermeiro a implantação,

planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem. E a Resolução COFEN Nº 293/04 que veio para adequar a necessidade de dimensionar o quantitativo mínimo de horas em cada setor em que a enfermagem atua, de modo a poder prestar uma assistência de qualidade e de minimização de riscos (REZENDE, GAIZINSKI, 2008).

As vantagens da implementação da SAE são várias, em destaque encontra-se a elevação da qualidade da assistência de enfermagem, beneficiando tanto o paciente, por meio de um atendimento individualizado, quanto o enfermeiro, mostrando a importância do processo de enfermagem. A realização da assistência de enfermagem perdura-se além do modelo biomédico, a mesma é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio, formulado pelos profissionais de enfermagem, que viabiliza a união da teoria à prática. O trabalho do enfermeiro se configura como um instrumento privativo, a qual possibilita o desenvolvimento de ações a fim de modificar o estado do processo de vida e de saúde-doença dos pacientes (PAIM, TRENTINI, 1993; CUNHA; BARROS, 2005; CUNHA, 2005).

De acordo com o Cofen (2009) as etapas do processo de enfermagem são descritas da seguinte forma: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Essas etapas têm como finalidade contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do paciente. O histórico de enfermagem realiza o levantamento das condições do paciente através da utilização de um roteiro próprio e individual, que atenderá as especificidades da clientela a que se destina conhecendo os hábitos individuais e biopsicossociais visando à adequação do paciente a unidade e ao tratamento, identificando possíveis problemas. A sistematização apresenta ainda como fase o planejamento, os quais são baseados no desenvolvimento de meta e resultados, bem como assistir um plano de cuidado destinado a atender o paciente na resolução dos problemas diagnosticados e atingir as metas identificadas e os resultados esperados (BRITTAR, 2006).

A assistência de enfermagem às vítimas de TCE consiste em estabelecer esforços e técnicas que se sobrepõem à pessoa dos que fazem parte da equipe que lida com a vítima, tendo como propósito a proteção e a promoção da saúde, assistindo o paciente à reabilitação da saúde. Para que haja uma evolução complexa e satisfatória, é notória a presença do enfermeiro no acompanhamento efetivo do paciente desde a admissão até a alta hospitalar (GENTILE et al, 2011).

Com relação a definição de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), os autores apontam que todo agravo que gera trauma à caixa craniana, comprometimento funcional neurológico, podendo ser de forma direta ou indireta, classificando através da intensidade em grave, moderada ou leve ou seja. todo e qualquer ataque capaz de causar lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo. Os atributos que envolvem o TCE são: agressão à massa encefálica, meninges, lesões do couro cabeludo e dos vasos sanguíneos (BARBOSA et al, 2010; VIÉGAS et al, 2013).

De acordo com Melo et al (2004), o TCE é responsável por cerca de 40% de óbitos, e pela maioria das mortes precoces em traumatizados graves, entre as principais causas podemos citar acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes ciclísticos, as agressões físicas, e quedas. Referente a traumas, as consequências sociais e econômicas decorrentes são importantes, pois além de ocasionar lesões significativas podem levar ao óbito ou à incapacidade, momentânea ou permanente, aumentando no tempo e custo da recuperação e piora na qualidade de vida (CREDO; FELIX, 2012).

Aproximadamente, cerca de 40% das vítimas, 20% chegam a óbito imediatamente ou nas 10 primeiras 24 horas de internação e 80% na primeira semana após o acidente, baseados nesses dados, o TCE encontra-se no terceiro lugar entre as principais causas de mortes, excedendo apenas para doenças cardiovasculares e câncer (BARBOSA et al, 2010).

Desse modo:

O traumatismo craniano é apresentado como uma das lesões responsáveis pelo maior número de óbitos por todo o mundo, sendo ele apresentado como consequência de fortes impactos na região craniana, a qual mesmo sendo considerada uma das partes mais resistentes do corpo, ao ser atingido, pode promover consequências graves ao ser humano, já que, todas as funções vitais dos indivíduos são comandados pelo cérebro (BATISTA; SANTOS, 2005, p. 4).

Os danos causados pelo TCE são divididos em duas fases: Lesão primária (dano imediato ao trauma) e lesão secundária (pós-traumático cascatas metabólicas). Os danos causados pela lesão primária é impossível reverter, no entanto, os eventos de lesão secundária são potencialmente tratáveis, então as medidas terapêuticas devem ser dirigidas a evitar o minimizar cascata metabólica desencadeada pela lesão inicial e diminuir os riscos de lesão neurológicas graves e/ou morte (WEGNER; JAN; DARRAS, 2003).



Pontuando as principais causas de TCE no Brasil, as mais significativas e recorrentes são os acidentes automobilísticos, seguido de agressões físicas, quedas, e finalizando projéteis de arma de fogo, todas podem deixar graves sequelas, e levar a óbito do paciente (AFFONSECA et al., 2007). Pai e Lautert (2005), evidenciam o direcionamento da assistência à vítima de TCE, que compreende na estabilidade das condições vitais por meio do suporte a vida, ocorrendo habilidade e objetividade na efetivação dos procedimentos, fazendo necessário que a equipe de trabalho se direcione no controle vital.

O serviço de atendimento pré-hospitalar as vítimas acometidas por trauma existe há mais de vinte anos nos países desenvolvidos. No Brasil, começou a partir da década de 90, com o surgimento das unidades de suporte avançado, esse serviço é desenvolvido pelo enfermeiro tanto no âmbito pré-hospitalar quanto no suporte intra-hospitalar. O enfermeiro é um membro ativo do atendimento pré-hospitalar móvel, incumbido pela assistência ao paciente, tomando decisões, atendendo as necessidades priorizadas no atendimento, estabilizando e conduzindo o mesmo para tratamento definitivo (THOMAS; LIMA, 2000; VALENTIM; SANTOS, 2009).

De acordo com Batista e Santos (2005), a equipe de enfermagem possui um papel relevante na assistência ao paciente vítima de TCE, se faz necessário a realização de uma avaliação diagnóstica e terapêutica, com o propósito de reanimação e estabilização das funções ventilatórias e hemodinâmica do paciente, investigando dados da história de saúde imediata, mecanismo do trauma, perfil do acidente ocorrido, realizando a identificação se a vítima está inconsciente ou com amnésia depois do traumatismo, tempo de duração do ocorrido, identificando um grau significativo de comprometimento cerebral.

O papel do enfermeiro na assistência das vítimas de TCE torna-se fundamental, pois o mesmo necessita estar apto para obter uma breve história do paciente, realizar exame físico, executar o tratamento imediato, empenhando-se com a manutenção da vida, pois o mesmo terá a capacidade de liderança, realizando habilidades assistenciais, raciocínio rápido, pois é responsável pela coordenação de uma equipe, sendo parte vital e integrante da equipe emergencial (RODRIGUES et al, 2012).

O enfermeiro participa do prognóstico de necessidades da vítima; realizando as definições das prioridades iniciando intervenções necessárias; desempenhando a estabilização, reavaliando o estado geral e realizando o transporte da vítima para tratamento definitivo, ou seja, o enfermeiro possui uma autonomia de decisões sobre o

seu trabalho, com exercício repleto do saber e fazer durante a assistência necessária (THOMAS; LIMA, 2000).

Diante do exposto, o enfermeiro possui papel fundamental nos cuidados oferecidos frente a essas vítimas, ressaltando que o mesmo necessita estar atento quanto ao Glasgow do paciente, ao padrão respiratório e a Pressão Intracraniana (PIC), para que juntos esses fatores evitem complicações futuras. As técnicas utilizadas devem ser: assépticas na higienização traqueal, quando o paciente estiver sedado, realizar balanço hídrico, mudança de decúbito de 2\2 horas, e atentar para o volume urinário e as medidas da pressão venosa central (CINTRA et al, 2008).

A monitorização dos sinais vitais é fundamental quando se refere a uma vítima de TCE, mesmo que o maior indicativo de comprometimento seja as alterações do nível de consciência medida a partir da Escala de Coma de Glasgow, seja a indicação neurológica mais sensível do agravamento do paciente, outros procedimentos devem ser realizados para conclusão do quadro e avanço das terapias aplicadas (SMELTZER et al, 2014).

A assistência prestada a um paciente com de TCE, constitui na estabilização das condições vitais do paciente. O atendimento acontece por meio de suporte à vida, realizando as recomendações necessárias da abordagem primária, em particular a proteção da coluna cervical, diminuindo a possibilidade de lesão associada (Trauma Raquimedular), é preciso realizar uma diligencia sobre a respiração que pode se tornar irregular e escassa devido à compressão de sinais vitais, caso haja Parada Cardiorrespiratória, é primordial iniciar imediatamente as condutas de ressuscitação cardiopulmonar (OLIVEIRA, 2007; PEREIRA et al, 2011).

Nesse contexto, Boaventura (2007) e Nogueira et al (2015) reiteram que é indispensável que o enfermeiro efetive uma assistência que direcione sempre melhorias para a recuperação do paciente através da SAE, apesar das possíveis dificuldades para seu desempenho, são vários os fatores que na execução do SAE, dentre eles, a falta de conhecimento e prática adequada, além tempo disponível do enfermeiro para exercê-la. Assim, os enfermeiros necessitam sobrepor algumas habilidades para identificar os diagnósticos, utilizando de aptidões intelectuais e conhecimentos de Enfermagem, para realizar condutas terapêuticas eficazes (SILVA, et. al, 2011).

Embasado no supracitado, atualmente a SAE embora seja um instrumento que necessariamente deve ser aplicado pelo enfermeiro, a sua execução não se encontra

na totalidade nos âmbitos de saúde. Neste sentido, entende-se que os benefícios com a prática do SAE estão sendo limitados.

Segundo Pacheco et al (2011) a assistência de enfermagem a vítima de TCE é baseado na aplicação de empenhos máximos, objetivando a proteção e a promoção da saúde, através procedimentos e cuidado de enfermagem de acordo com seu quadro clínico. O cuidado do enfermeiro à vítima de TCE requer renovação constante de suas habilidades técnica-científica, rapidez na escolha e realização de procedimentos, necessidade de tomar decisões imediatas, delimitar as prioridades e de trabalhar e direcionar a em equipe (THOMAS; LIMA, 2000).

O tratamento de vítimas de TCE compreende vários elementos, que se realizados em conjunto, podem salvar a vida do paciente, inicia-se na organização e efetivação da conduta pré-hospitalar no local do trauma, no deslocamento e na chegada ao hospital pertinente, seguido de confirmação do diagnóstico e realização dos procedimentos terapêuticos (PEREIRA et al. 2006).

Assim, a fim de expor de forma clara a assistência do enfermeiro ao paciente com TCE, elaborou-se o Quadro 1 enfatizando as ações deste profissional em cada etapa do processo de enfermagem.

**Quadro 1 - Etapas do processo de enfermagem e as ações do enfermeiro na assistência à vítima de TCE.**

| <b>ETAPA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM</b> | <b>AÇÕES DO ENFERMEIRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Histórico de enfermagem</b>         | Investigar como aconteceu o acidente, pois conforme o mecanismo de lesão ou do trauma é possível indicar os tipos de danos e a gravidade a qual a vítima de trauma está exposta,<br>Realizar o exame físico e a avaliação do nível de consciência pela Escala de Glasgow, avaliando a resposta motora e o padrão pupilar;<br>Avaliar a presença de edema craniano, contusões focais, cefaleia intensa, emêse, desorientação no tempo e espaço.                                                                                                                    |
| <b>Diagnóstico de enfermagem</b>       | Risco para infecção relacionado a procedimentos invasivos,<br>Alteração sensorial perceptiva relacionada a edema craniano caracterizado por ausência da resposta a estímulo,<br>Perfusão do tecido cerebral alterado relacionado a edema caracterizado por alteração do estado mental,<br>Padrão respiratório ineficaz relacionado a lesão cerebral caracterizado por capacidade vital diminuída,<br>Risco para enfrentamento familiar ineficaz relacionado com ausência de responsividade do paciente, prognóstico imprevisível, tempo prolongado de internação. |
|                                        | Manter balanço hídrico e eletrólitos em níveis adequados,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Planejamento</b>  | Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas,<br>Aspirar vias aéreas e promover conforto respiratório,<br>Prevenir lesões secundárias,<br>Promover a melhora da função motora e cognitiva,<br>Manter um enfrentamento familiar eficaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Implementação</b> | Manter as vias aéreas pervias,<br>Realizar punção de acesso venoso calibroso,<br>Manter suporte de oxigênio e controle das vias aéreas,<br>Elevar a cabeceira a 30° e controlar pressão intracraniana,<br>Realizar procedimento obedecendo a técnicas assépticas,<br>Instalar sonda vesical de demora e administrar medicação conforme prescrição médica,<br>Avaliar sinais vitais e solicitar avaliação neurológica,<br>Manter diálogo com o paciente durante procedimentos,<br>Manter estabilização e controle da coluna cervical,<br>Manter a família informada do estado do paciente em todos os horários de visita e incentivar a espiritualidade (solicitar a presença de líder religioso). |
| <b>Avaliação</b>     | O paciente não deverá apresentar infecção relacionada a procedimentos invasivos nem tampouco lesões secundárias,<br>O paciente apresentará melhora na resposta a estímulo e diminuição do edema cerebral,<br>O paciente apresentará melhora do padrão respiratório e enfrentamento familiar eficaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Assim, ao receber uma vítima de TCE na emergência compete ao enfermeiro adquirir sua história, ou seja, levantar dados iniciais do paciente e a causa primária desse ferimento, analisar as vias aéreas, imobilizar coluna cervical, fazer aspiração orotraqueal para manter oxigenação adequada, monitorar sinais vitais, manter acesso venoso de maior calibre para quantificar volemia através de balanço hídrico e avaliação neurológica (WEHBE; GALVÃO, 2001).

O enfermeiro é o membro chave da equipe encarregado pela assistência à vítima traumatizada. Delimitando necessidades de atualizações e aprimoramentos contínuos de seus conhecimentos relacionados às habilidades de liderança e renovação de suas percepções através dos moldes propostos, para fornecer atendimento nesta área (PEREIRA, 2011).

Assim, verifica-se que o enfermeiro é um membro indispensável na equipe responsável pelo atendimento ao paciente vítima de TCE, realizando cuidados específicos a esse paciente. Para tanto, este profissional necessita obter constantemente aprimoramento das habilidades de liderança, atualizando os conhecimentos já obtidos. Vale destacar a importância do enfermeiro na especificidade e complexidade da assistência conferida às vítimas de TCE, uma vez que as mesmas

apresentam condições clínicas diferenciadas decorrentes da gravidade das lesões traumáticas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo analisou as características da atuação do enfermeiro às vítimas de TCE, onde foi identificado que o diagnóstico precoce através da identificação dos sinais e sintomas acarretará numa possível redução do agravo de lesões posteriores advinda deste trauma. Ainda, objetivou-se demonstrar os benefícios da atuação do enfermeiro as vítimas desta patologia. A SAE é muito importante para a restauração total do paciente, porém há fatores sociais, econômicos e éticos, que direcionam a prática desta conduta. Ressaltando que a SAE é uma função exclusiva do enfermeiro, sendo aplicada de acordo com os conhecimentos técnico-científico do mesmo.

Além das habilidades já citadas, é preciso que o enfermeiro tenha sensibilidade de detectar possíveis cuidados urgentes no tratamento, para que isso ocorra, toda a equipe de enfermagem deve estar comprometida no desenvolvimento de ações que visem à melhora do paciente. Vários autores concordaram que o exercício realizado pelo enfermeiro torna-se indispensável para conduta da equipe de enfermagem, sobretudo no ambiente pré-hospitalar, onde se faz necessário uma tomada rápida de decisão além do atendimento simultâneo.

A equipe de enfermagem é a primeira a ter contato com o paciente, seja no âmbito pré-hospitalar ou intra-hospitalar, por esse motivo que a mesma deve estar apta a receber e oferecer cuidados necessários para o paciente, estando organizada e treinada, sendo dirigida pelo enfermeiro, que precisa diligente em sua função.

Foi identificado na literatura que a maioria das vítimas acometidas pelo TCE necessitam de atendimento rápido e eficiente. A conduta do enfermeiro na assistência ao paciente grave apresenta métodos que devem ser configurados pela SAE, para tanto este profissional precisa conhecer as fases próprias da SAE a fim de atender as reais necessidades do paciente.

Assim, este estudo destaca a importância da SAE no cuidado ao doente crítico bem como a necessidade de sua aplicação de forma adequada pelo enfermeiro, necessitando de condutas próprias para o atendimento especializado ao paciente,

aumentando significativamente as chances de recuperação total do paciente acometido por TCE.

## REFERÊNCIAS

AFFONSECA, C. A. et al. Distúrbio de coagulação em crianças e adolescentes com traumatismo cranioencefálico moderado e grave. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n.3, p.274- 20 282, Rio de Janeiro, mai/jun., 2007. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a13v19n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n1/a13v19n1.pdf)> Acesso em: 01 ago. 2018.

ALVES, D. et al. O que lembra o paciente com TCE sobre o período de hospitalização?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2000; v.8, n.2.

AMORIM, C. F. et al. Avaliação Neurológica Realizada por Enfermeiros em Vítimas de Traumatismo Cranioencefálico. **Rev. Neurociência**, n.21, v.4, 2013.

ANDRADE, J. S, VIEIRA, M.J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Bras. Enferm.**,v.58, n.3, p.261-5, 2005.

BATISTA, A. F. de M.; SANTOS, G. S. dos. **A atuação do enfermeiro no tratamento de pacientes com traumatismo craniano**. Rio de Janeiro, n.5 v.2. 2005.

BARBOSA et al. Fatores desencadeantes ao trauma crânio-encefálico em um hospital de emergência municipal. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.34, n.2, p240-253 abr./jun.2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12**. 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Comitê de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 2012.

BRITTAR, D. B. et al. Sistematização Da Assistência De Enfermagem Ao Paciente Crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.15, n.4, p 617-28, 2006.

BOAVENTURA, A. P. **Ensino do Processo de Enfermagem: Percepção dos Alunos do Curso de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13488.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n4/13488.pdf) > Acesso em: 12 jul. 2018.

CANOVA, J. C. M. et al. Traumatismo cranioencefálico de pacientes vítimas de 28 acidentes de motocicletas. **Arq. Ciência Saúde**. v. 17, n.1. p. 9-14, São Paulo, jan/mar., 2010. Disponível em:<[bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isis.>](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isis.>) Acesso em: 01 abr. 2018.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A Implementação Da Sistematização Da Assistência De Enfermagem No Serviço De Saúde Hospitalar Do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 280-9, 2009.

CARLOS, A.L.R. Enfermagem ciência e arte do cuidado. **Rev. Cubana Enfermer**.v.22, n.4,2006.

CINTRA, E. A et al. **Assistência de enfermagem ao paciente enfermo**. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Resolução nº 272/2002**: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2002. Disponível em:< <http://corensp.org.br/072005>> Acesso em: 01 out. 2017.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 358**, de 15 de outubro de 2009. SAE. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Disponível em: <[www.cofen.br](http://www.cofen.br)> Acesso em: 10 out. 2017.

CREDO, P. F. D.; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 17, n. 1, jan. – mar., p. 126 – 131, 2012. Disponível em:<[revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26385](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26385)> Acesso em: 10 out. 2017.

CUNHA, S.M.B. BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.** 2005;58(5):568-72. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)> Acesso em: 18 out. 2017.

CUNHA, S.M. B da. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, out 2005. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf)> Acesso em: 21 jul. 2018.

DUARTE A.P.P, ELLENSOHN L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**. 2007 Out-Dez; 15(4):521-6. 5. Disponível em:<[www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a07.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a07.pdf)> Acesso em: 21 jul. 2018.

FRIEDLANDER, M.R. O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. São Paulo: **Rev. Esc. Enf. USP**, 1981; 15:129-34. Disponível em:<[www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/135572](http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/135572)> Acesso em: 12 jun. 2018.

GENTILE, A. et al. Condutas no paciente com trauma crânio-encefálico. **Rev. Bras. Clín. Med.** São Paulo, 2011 jan-fev;9(1):74-82. Disponível em:<[docplayer.com.br/32568025-Condutas-no-paciente](http://docplayer.com.br/32568025-Condutas-no-paciente)> Acesso em: 03 nov. 2017.

HERMIDA, P. M.; ARAÚJO, I. E. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Subsídios para Implantação. **Rev. Bras. Enf. Reben**. 2006. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf)> Acesso em: 03 nov. 2017.

MACHADO, A. L. et al. Subjetividade e pós-modernidade na enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 4, p. 1031-1036, 2009. Disponível em: <[www.revistaeletronicadeenfermagem.br](http://www.revistaeletronicadeenfermagem.br)> Acesso em 10 out. 2017.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4a ed. p.43 e 44.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. 5º ed. São Paulo. Editora Athas, 311 p., 2003.

MELO, J. R. T.; SILVA, R. A; MOREIRA JR, E. D. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v. 62, n. 3ª, p. 711 – 715, 2004.

NOGUEIRA, L.S. et al. Padrão de intervenções de enfermagem realizadas em vítimas de trauma segundo o NursingActivities Score. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.49, n.2, p.29-35, 2015.

OLIVEIRA, B. F. M. **Atendimento Pré-hospitalar móvel**. IN: OLIVEIRA, B. F. M. et al. Trauma: Atendimento Pré-hospitalar. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, B. F. M; PAROLIN, M. K. F; TEIXEIRA, JR. **Trauma: Atendimento Pré hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007

PACHECO, B. et al. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar em vítimas de trauma crânioencefálico. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. Rio de Janeiro, v.2, n.2, p.1-10, jan/jul. 2011.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** v.58, n.2. p.231-234, Brasília, mar/ abr, 2005.

PAIM L, TRENTINI M. Indo além do modelo teórico – uma experiência de ligação teórico-prática na assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** 1993;2(1):13-32.

PAIVA, K. C. M. et al. Competências Profissionais e sua Gestão. In: **EnGPR**, 2015, Curitiba: ANPAD, 2015.

PEDUZZI M, ANSELMÍ M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** 2002 Jul.Ago; 55(4):392-8.

PEREIRA, N. et al. O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. **Rev.Interdis. Novafap**, v.4, n.3, p.60-5, 2011.

PEREIRA, C. U. et al. Avaliação epidemiológica do traumatismo crânioencefálico no interior do Estado de Sergipe. **Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia**, vol. 25, n. 1, p. 8-16, 2006. Disponível em:<ri.ufs.br/handle/riufs/2023modeull> Acesso em: 25 fev. 2018.

REMIZOSKI, J.et al. **Dificuldades na Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE: Uma Revisão Teórica** Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, 2010.



REZENDE, P.O, GAIZINSKI, R.R. Tempo despendido no sistema de assistência de enfermagem após implementação de sistema padronizado de linguagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2008; 42 (1):152-9.

RODRIGUES, A. C. F. et.al. **Traumatismo cranioencefálico e atuação do enfermeiro junto às respectivas vítimas.** 2012. Disponível em:<<http://www.submit.10envolve.com.br/uploads/5d99ef829dd033512768311c2cb7e235.pdf> > Acesso em: 27 out. 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2007.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner e Suddarth**, tratado de enfermagem médico cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SILVA, A. G. et al. Dificuldades dos Estudantes de Enfermagem na Aprendizagem do Diagnostico de Enfermagem, na Perspectiva da Metacognição. **Esc. Anna Nery:** 2011.

TANNURE, M. C., PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

THOMAS, R.R, LIMA, F.V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta. Paul. Enf.** 2000; 13(3): 59-65.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v.17, n.2, p.285-289, Rio de Janeiro, abr/jun. 2009.

VIÉGAS, M. L. C., et.al. Traumatismo cranioencefálico em um hospital de referência no estado do Pará, Brasil: prevalência das vítimas quanto a gênero, faixa etária, mecanismos de trauma, e óbito. **Arquivo Brasileiro Neurocirurgia**, Ananindeua, v. 32, n. 1, p. 15 – 18, 2013.

WEGNER, A. JAN, W. DARRAS, E.M. O trauma crânioencefálico: conceitos fisiológicos e para uma racional fisiopatologia. **Rev. Chil. Pediatria.** 2003; 74(1).

WEHBE, G.; GALVÃO, C. M. O enfermeiro de uma unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino Am. de Enfermagem.** v.9, n.2, p.86-90, Ribeirão Preto, mar/abr. 2001.

# **A INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL NO SER HUMANO E SUAS CONSEQUÊNCIAS NO ORGANISMO**

## **THE INFLUENCE OF ALCOHOL IN THE HUMAN BEING AND ITS CONSEQUENCES IN THE ORGANISM**

Joelma de Lima Silva Onofre<sup>1</sup>  
Teresa Cristina de Albuquerque Leal<sup>2</sup>  
Suzana Araújo de Macedo<sup>3</sup>  
Alysson Kennedy Pereira de Souza<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O alcoolista é definido como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico. O alcoolismo configura como um dos mais graves problemas de saúde pública no Brasil. Os problemas de saúde relacionados ao consumo de álcool variam ao longo de um continuum de gravidade. Tal característica requer a construção de serviços de tratamento e políticas públicas que atendam às necessidades em cada uma destas situações. O objetivo geral deste trabalho foi verificar através da revisão da literatura o efeito do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no organismo e suas consequências e tem como específicos: identificar os principais motivos que levam as pessoas a ingerir o álcool em excesso; listar as patologias decorrentes do abuso do álcool e discutir a importância das políticas de saúde para a redução dos problemas relacionados ao abuso do álcool. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, realizada no Google através de levantamento de artigos publicados em português e manuais do Ministério da Saúde. Os textos encontrados foram selecionados pela leitura do título e resumo, onde atenderam a problemática da pesquisa, ou seja, os objetivos proposto no estudo. Conclui-se que as consequências relacionadas ao álcool vai desde uma simples ressaca até um distúrbio mental entre outros. O uso do álcool é um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo e que a promoção da saúde inclui intervenções preventivas necessárias envolvendo ações articuladas com a saúde, a educação, a família e a sociedade e está voltada a evitar ou minimizar os problemas de saúde.

**Palavras-chave:** Alcoolismo. Políticas públicas. Patologias.

### **ABSTRACT**

The alcoholic is defined as an excessive drinker whose dependence on alcohol is accompanied by mental disorders, physical health, relationship with others and social and economic behavior. Alcoholism is one of the most serious public health problems in Brazil. Alcohol-related health problems vary along a continuum of gravity. This requires the construction of treatment services and public policies that meet the needs in each of these situations. The general objective of this study was to verify through the literature

---

<sup>1</sup>Graduanda no 10º Período do Curso de Enfermagem do IESP, email: [joelmasilva45689@gmail.com](mailto:joelmasilva45689@gmail.com).

<sup>2</sup>Orientadora. Professora Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul, Titular do Curso de Enfermagem do IESP. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/5778355917149724>

<sup>3</sup>Docente do Curso de Enfermagem do IESP

review the effect of abusive consumption of alcoholic beverages in the body and its consequences and has as specifics: identify the main reasons that lead people to ingest excess alcohol; to list the pathologies resulting from alcohol abuse and to discuss the importance of health policies for the reduction of problems related to alcohol abuse. The methodology used was the bibliographical research, carried out in Google through a survey of articles published in Portuguese and manuals of the Ministry of Health. The texts found were selected by reading the title and abstract, where they answered the research problematic, that is, the objectives proposed in the study. It is concluded that the consequences related to alcohol ranges from a simple hangover to a mental disorder among others. Alcohol use is a social problem with direct impacts on the health of the individual and that health promotion includes necessary preventive interventions involving actions articulated with health, education, family and society and is aimed at avoiding or minimizing the problems of Cheers.

**Keywords:** Alcoholism. Public policy. Pathologies.

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é um sério problema de saúde pública que tem aumentado progressivamente. A mortalidade e as limitações funcionais causadas pelo abuso do álcool acarretam altos custos ao sistema de saúde (MONTEIRO et al., 2011). Sabe-se que, quanto mais cedo se inicia o uso de álcool, maior a vulnerabilidade de se desenvolver o abuso e a dependência dessa substância e, concomitantemente, o uso de drogas ilícitas. O consumo de bebidas alcoólicas pode se dar pela emergência de vários fatores da vida atual, dentre estes: os altos níveis de estresse, de ansiedade, de baixa auto estima, sentimentos depressivos entre outros.

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico (WHO, 2005).

As estatísticas apontam para um significativo aumento do consumo nocivo do álcool ao longo dos últimos anos. Dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) revelaram que houve um discreto aumento da proporção de pessoas não abstinentes (ou bebedores) entre os anos de 2006 (48%) e 2012 (50%). Entretanto, houve aumento significativo no número de doses e frequência de consumo. Em 2006, 29% afirmaram consumir cinco doses ou mais e, em 2012, este número aumentou para 39%. O número de pessoas que bebem pelo menos uma vez por semana cresceu de 42% , em 2006, para 53% em 2012. O levantamento mostrou ainda que o início do consumo tem sido cada vez mais precoce (Laranjeira, 2014).

Sabe-se também que o álcool está relacionado com 50% dos casos de morte em acidentes automobilísticos, 50% dos homicídios e 25% dos suicídios. Frequentemente pessoas portadoras de outras doenças mentais (ansiedade, pânico, fobias, depressão) apresentam também problemas relacionados ao uso de álcool (NETO, 2003). Room et al. (2005), relatam que o uso indiscriminado do álcool está ligado a mais de 60 diferentes doenças, que incluem problemas coronários, cirrose e câncer.

O alcoolismo, nos dias atuais, vem sendo tratado pelos profissionais de saúde como doença mental, de relevância e urgente atenção, o qual somente será possível se identificarmos o perfil dos alcoolistas, bem como os fatores que estão associados à dependência. No intuito de minimizar as consequências geradas pelo abuso do álcool, se faz necessária a efetivação na prática de políticas públicas já existentes, pois são meios importantes para reduzir as desigualdades sociais e econômicas, de modo a assegurar o acesso equitativo a bens e serviços, inclusive a atenção à saúde. Tais políticas devem ser aplicadas ao conjunto de setores relacionados aos determinantes da saúde, com vistas a atuar na raiz da problemática do alcoolismo (SILVA et al., 2007).

Diante do exposto, este estudo tem como questão problema: Como a literatura aborda o efeito do consumo abusivo de álcool no organismo e as políticas de saúde relacionadas ao tema?

Neste contexto, enfatiza-se a necessidade de ações de promoção da saúde, compreendidas como estratégias de articulação transversal com enfoque nos determinantes do processo saúde-doença da população e nas diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no Brasil, a fim de construir mecanismos que diminuam as situações de vulnerabilidade, promovam a equidade e insiram a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. Isto requer, ainda, a existência de políticas públicas abrangentes, efetiva articulação intersetorial do poder público e privado e participação popular (BRASIL, 2010; LIMA et al., 2009).

Desta forma, a Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo incrementar a qualidade de vida e reduzir os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2010).

O interesse pelo tema surgiu ao perceber nos dias atuais o aumento excessivo do consumo de álcool pelas pessoas e para que como futura profissional de saúde possa ter conhecimento dos efeitos causados por essa droga no organismo. A pesquisa

teve como objetivo geral, verificar através da revisão da literatura o efeito do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no organismo e suas consequências e como objetivos específicos identificar os principais motivos que levam as pessoas a ingerir o álcool em excesso; listar as patologias decorrentes do abuso do álcool e discutir a importância das políticas de saúde para a redução dos problemas relacionados ao abuso do álcool.

## **2 METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo e análise qualitativa realizada entre os meses de Fevereiro e Março de 2018, por meio de busca eletrônica em bases de dados da saúde, sendo estas: Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências e Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library (SciELO) e Google Acadêmico.

Os textos encontrados foram selecionados pela leitura do título e resumo, onde estes atenderam a problemática da pesquisa, ou seja, os objetivos proposto no estudo. O critério para a busca dos artigos foram as palavras chave: consumo abusivo do álcool, políticas de saúde e patologias decorrentes do álcool. A pesquisa bibliográfica tem como base material publicado, tem a vantagem de permitir uma cobertura ampla dos fenômenos estudados, bem maior do que a possibilidade que o pesquisador teria de investigar diretamente (GIL, 2002).

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno cabe ao pesquisador fazer o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico, sem a manipulação ou interferência dele (GIL, 2002).

## **3 RESULTADOS E DICUSSÃO**

### **3.1 Dados iniciais: uma visão mundial sobre o consumo de álcool**

O tema álcool é abrangente e pode possibilitar questões em diversas direções, como por exemplo, produção do álcool, formas de utilização, índices de acidentes em função do consumo, etc. Contudo, este trabalho estará focado nos efeitos e

conseqüências do seu consumo no organismo e as políticas de saúde relacionadas ao abuso desta substância.

O abuso do álcool, entendido como o uso indevido da substância predispondo ao abuso, não necessariamente resultando em dependência, tem se tornado cada vez mais uma prática rotineira na população global. Estima-se que, a cada ano, o uso de bebidas alcoólicas seja consumado por cerca de dois milhões de pessoas, correspondendo a aproximadamente 40% (ou duas em cada cinco pessoas) da população mundial acima de 15 anos (ANTHONY, 2009).

Segundo dados estatísticos disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano de 2010, países como Hungria, Irlanda e Luxemburgo apresentaram consumo de álcool *per capita* registrado acima de 11 litros de etanol puro para habitantes acima de 15 anos. Em outro extremo estão países como Afeganistão, Líbia, Mauritânia e Paquistão, onde os baixíssimos valores para o consumo *per capita* são menores que 0,5 litros. Registros medianos são encontrados em países como EUA e Brasil, com valores *per capita* de 8,5 e 6,2 litros, respectivamente, apresentando estes dois taxas cotadas acima da média mundial, qualificada em 4,4 litros *per capita* (WHO, 2010).

Durante a década passada, uma crescente preocupação com os problemas decorrentes do abuso no consumo do álcool estimulou o renascimento de idéias sobre a regulação internacional de bebidas alcoólicas, incluindo a possibilidade de adicionar o álcool em medidas que direcionam esforços coletivos contra a repressão de mercados ilegais para outras substâncias psicoativas, como a cocaína e a heroína (ROOM, 2006).

Entretanto, sabe-se que atualmente há uma discussão acerca do fortalecimento de políticas públicas que restrinjam o acesso ao álcool, ao passo que permeiam uma abertura para práticas compreensivas e não moralizadas de prevenção e tratamento. Do consumo de baixo risco ao abusivo, o álcool é a droga mais consumida no mundo, consumo este que pode ser compreendido por múltiplas perspectivas (LARANJEIRA et al, 2007; UNODC, 2010; WHO, 2004).

No que concerne à saúde pública, o consumo alcoólico pode ser um potencial causador de doença e mortalidade, sendo um dos principais fatores contribuintes para a diminuição da saúde mundial: o uso indevido do álcool tem sido responsável, globalmente, por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida útil

perdidos (LARANJEIRA et al, 2007; MELONI e LARANJEIRA, 2004; REHM et al, 2006).

### **3.2 Conceitos sobre o álcool**

O álcool é uma substância psicoativa que tem por característica alterações do humor, consciência, senso, percepção, cognição e função cerebral. O álcool segundo sua classificação farmacológica é um depressor do sistema nervoso central, pois, reduz a eficiência da condução neural, inibindo sua transmissão (BICCA et al., 2002). Segundo a definição da OMS, o alcoolista é “um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico” (WHO, 2004).

Usa-se o conceito de alcoolismo como um problema de saúde pública em que o consumo de álcool etílico, por qualquer tempo e em qualquer quantidade; determina consequências adversas à vida de quem bebe, ou à sua progênia, no presente e no futuro. O alcoólatra é o indivíduo cujo consumo crônico de álcool está lhe trazendo mais repercussões negativas que positivas, sejam orgânicas, psicológicas ou sociais (LEITE, 2018).

O indivíduo dependente do álcool possui duas formas de dependência sendo elas: a física e a psicológica. A dependência psicológica consiste na necessidade do usuário usufruir do álcool para garantir seu prazer máximo de funcionamento e/ou sentimento. Já a física é quando o organismo modifica-se para aquele indivíduo que utiliza de forma crônica o álcool explicam Bicca et al. (2002).

As bebidas alcoólicas podem ser sub agrupadas em duas categorias conforme sua produção, bebidas fermentadas e bebidas destiladas, e é de suma importância ter ciência de suas definições no momento de compreender os hábitos etílicos de uma população específica (ESPAÑA, 2007):

- Bebidas fermentadas são precedentes de frutas ou cereais, os quais são convertidos em álcool através da adição de substâncias microscópicas (leveduras). Nesta categoria se encontram duas das principais bebidas consumidas mundialmente, a cerveja e o vinho;

- Bebidas destiladas são obtidas através da eliminação por intermédio do calor, por um processo de destilação, de uma parte da água contida nas bebidas fermentadas. Destacam-se, neste grupo, bebidas como o *whisky* e a vodka.

De suma relevância, outrossim, é o conhecimento do teor alcoólico, fator de grande importância ao considerarmos os efeitos deletérios ocasionados pelo abuso do álcool, que expressa a quantidade absoluta de álcool presente em uma determinada bebida. As bebidas destiladas apresentam teores alcoólicos mais elevados em relação às fermentadas: o teor alcoólico da cerveja varia entre 4 a 6 graus e o do vinho entre 10 a 13 graus, ao passo que a taxa alcoólica do *whisky* e da vodka encontra-se em torno de 30 a 50 graus. Dizer que o teor alcoólico da cerveja é entre 4 a 6 graus, significa dizer que 4 a 6% daquela bebida é composta de etanol. Logicamente, as bebidas com maiores teores alcoólicos representam maior nocividade ao organismo humano (ESPAÑA, 2007).

### **3.3 Padrões de consumo de álcool**

O conceito de padrões de consumo aborda tanto aspectos médicos quanto psicossociais do uso de álcool. Os principais padrões de consumo de álcool mencionados na literatura científica são o uso moderado, o beber pesado (BP) e o beber pesado episódio (BPE). O uso moderado de bebidas alcoólicas é um conceito de difícil definição, uma vez que é interpretado de maneiras diferentes, conforme a percepção de cada indivíduo. Comumente, essa definição é confundida com beber socialmente, que significa uso de álcool dentro de padrões aceitos pela sociedade. No entanto, freqüentemente a moderação é vista de maneira errônea, como uma forma de uso de álcool que não traz consequências adversas ao consumidor.

Para Araguaia (2018), os efeitos do álcool são percebidos em dois períodos, um que estimula e outro que deprime. No primeiro período pode ocorrer euforia e desinibição. Já no segundo momento ocorre descontrole, falta de coordenação motora e sono.

A OMS estabelece que para evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para homens e 10 para mulheres, sendo que 1 dose equivale a aproximadamente 350 mL de cerveja, 150 mL de vinho ou 40 mL de uma bebida destilada, considerando que cada uma contém entre 10 e 15 g de etanol (WHO, 2004). O BEP, também denominado *binge drinking*, é definido como o consumo de



cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas.

O critério de BPE do National Institute on Alcohol and Alcoholism (NIAAA, 2005) é semelhante, definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres, sem considerar, porém, a frequência desse padrão de consumo. A definição de BPE foi criada a partir de evidências científicas crescentes de que essas quantidades aumentam o risco de o indivíduo apresentar problemas relacionados ao uso do álcool.

O padrão de consumo denominado BP, por sua vez, é definido pelo NIAAA (2005), como qualquer consumo de bebidas alcoólicas acima do considerado uso moderado, ou seja, o consumo de até duas doses de bebida alcoólica por dia para os homens e de até uma dose para mulheres. Em outras palavras, é o padrão de uso de bebidas que excede o uso moderado ou os padrões de uso de álcool socialmente aceitos. Beber pesado é, portanto, um conceito mais amplo, que engloba o padrão BPE.

### **3.4 Fatores que levam a pessoa ao uso excessivo do álcool**

O processo de dependência do álcool desenvolve-se como o de qualquer outra dependência, como por exemplo em relação ao tabaco, às drogas e outras substâncias psicoativas. Começa-se por experimentar beber, depois bebe-se pontualmente e daí passa-se a beber com regularidade, até criar dependência. Para algumas pessoas é um processo relativamente rápido (BRASIL, 2003). A OMS classifica os consumos de álcool em:

- Consumo de risco - padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se esse consumo persistir.
- Consumo nocivo - padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais. Todavia não satisfaz os critérios de dependência.
- Dependência - padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool, desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos apesar das consequências, uma grande importância dada aos consumos em desfavor de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool (necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir o efeito desejado

ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade) e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (WHO, 2004).

Os principais fatores de risco para se desenvolver dependência alcoólica estão:

- História familiar relacionada com o alcoolismo;
- Ambiente sociocultural. A integração em famílias ou em meios sociais propensos ao consumo de álcool (ter de frequentar festas, reuniões sociais, etc.);
- Situações imprevisíveis de rotura na vida quotidiana;
- Distúrbios emocionais – pessoas deprimidas ou ansiosas;
- Conflitos entre os pais, divórcio, separação ou abandono, de um ou de ambos os progenitores;
- Dificuldades de adaptação à escola;
- Dificuldades de aprendizagem (WHO, 2010).

Habitualmente, poucos dependentes alcoólicos assumem sê-lo nas primeiras fases da doença, considerando muitas vezes que não consomem bebidas alcoólicas em excesso. Para muitas pessoas, beber um copo de uma bebida alcoólica pode constituir apenas um momento social, achando que os riscos desse consumo vão depender da quantidade e da frequência com que se bebe e de algumas condições individuais, nomeadamente, o seu estado de saúde (BRASIL, 2003).

### **3.5 Patologias consequentes do alcoolismo**

Tontura, dor de cabeça, sensação de boca seca, desânimo, sentidos no dia seguinte são sintomas da famosa "ressaca": uma reação do seu corpo a essa ingestão demasiada. 40 miligramas de etanol por 100 mililitros são suficientes para gerar o quadro de euforia, causando esse desconforto no dia posterior (ARAGUAIA, 2018).

Para Araguaia (2018), o coma alcoólico seria um próximo passo, necessitando de internação e aplicações de glicose, lavagens estomacais e outros tratamentos, de acordo com a intoxicação. 300mg de etanol por 100 mL de sangue, aproximadamente, levam o indivíduo a esse quadro. Uma intoxicação mais severa (aproximadamente 500mg por 100 mL), pode causar a morte por overdose.

Para Cruz (2014), no sistema digestivo o estômago pode sofrer erosões devido o álcool e, com isso, desenvolver gastrites. Mas é o fígado um dos órgãos mais afetados pelas bebidas alcoólicas, podendo acarretar inflamações, hemorragias, hepatite alcoólica e cirrose.

As Síndromes Mentais e Sintomas Neurológicos são:alucinose alcoólica, encefalopatia metabólica, delirium tremens, tremores, vertigem, polineuropatias periféricas, convulsões, enxaqueca, atrofia cortical e cerebelar, síndrome de wernicke-korsakoff, demências e ainda traumatismo craniano. as quedas e acidentes comuns aos alcoólatras predispõem a traumatismo craniano e complicações como hematomas sub durais (LEITE, 2018).

No sistema cardiovascular, o álcool induz freqüentes lesões no coração, arritmias, derrames, enfraquecimento progressivo, que pode virar atrofia e causar hipertensão. Em relação ao tecido sanguíneo costuma promover anemia e alterações nos leucócitos e plaquetas, o que favorece hemorragia. O etanol afeta, também, o metabolismo dos hormônios sexuais, provocando no homem, lesões testiculares, prejudicando a produção de testosterona e a síntese de espermatozoides causando-lhe a impotência e nas mulheres reduz a fertilidade (CANTO, 2004)

Para Cruz (2014), aumentam os riscos de câncer nas regiões que entram em contato com as bebidas alcoólicas, como boca, laringe, faringe e esôfago. Pode provocar ainda inflamação no pâncreas, órgão responsável pela produção da insulina. Essa inflamação, chamada de pancreatite, destrói o tecido pancreático e, desta forma, também as células que produzem insulina, levando ao Diabetes.

Dados da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas (ABEAD), por ano, 32 mil pessoas morrem em decorrência da bebida alcoólica, sendo 11 mil por cirrose. O álcool também está por trás de 60% das mortes no trânsito e 72% dos homicídios. Além do álcool contribuir para casos de afogamentos, quedas, suicídios, entre outros (CRUZ, 2014).

### **3.6 Políticas públicas do álcool e sua interface com a promoção da saúde**

No que se refere às políticas públicas nesta área, Babor (2003) aponta que as políticas são influenciadas por diversos fatores como as concepções em relação ao uso de álcool e o contexto socioeconômico. No início do século XX, por exemplo, o alcoolismo era considerado incomum e predominava o enfoque no abuso de álcool, o qual era visto como uma ameaça à sociedade industrializada. As políticas públicas voltavam-se para a redução do abuso de álcool a partir da perspectiva de controle individual do consumo.

Posteriormente, houve maior ênfase nas medidas restritivas que limitavam a disponibilidade e o consumo de álcool, embasadas pela concepção de que reduzir o uso de álcool de uma população significa reduzir o nível de problemas ou danos associados a ele. Intimamente relacionadas com a redução do estado de bem-estar social, a partir dos anos 90 ocorreram mudanças no sentido de políticas que propunham uma liberação do uso. A partir deste período, destacam-se, por exemplo, as campanhas informativas em detrimento de estratégias como a redução da disponibilidade do álcool e das medidas relacionadas à taxaçoão do preço (PALM, 2006).

Há uma ampla variedade de estratégias efetivas, cientificamente avaliadas, que podem ser utilizadas nas políticas do álcool. Tais estratégias apresentam custos e efetividades diferenciados (BABOR, 2003). No caso brasileiro, destaca-se a lei 11.705 de 19 de junho de 2008, a qual institui como crime dirigir sob a influência de álcool (BRASIL, 2008).

A literatura revela uma forte correlação entre dirigir embriagado e a ocorrência de acidentes, uma vez que os prejuízos no desempenho do motorista que dirige alcoolizado tornam-se marcantes. Em decorrência, muitos países têm estabelecido legislaçoões que especificam o nível de álcool no sangue (usualmente entre 0,05 ou 0,08%, mas variando entre 0,00 e 0,15%), acima do qual o motorista pode ser detido. Tem-se demonstrado que o cumprimento de leis que dispõem da punição de motoristas que dirigem alcoolizados de fato persuade os mesmos a evitarem beber e dirigir. Porém, não é a severidade da punição que está associada à efetividade desta estratégia, mas a atribuição de certeza quanto à ocorrência da punição caso o motorista de fato cometa esta infração (BABOR, 2003).

Ao considerar que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecer a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e buscar subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresentou, em 2003, a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Esta política reforça que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado e considera a abordagem da redução de danos um caminho promissor, por reconhecer em cada usuário suas singularidades e ter por objetivo a defesa da vida (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde formulou os princípios da política de enfrentamento às questões relativas aos usuários de drogas e a expansão da rede assistencial de acordo

com os desígnios do movimento de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2002a). Neste sentido, a principal estratégia do Ministério da Saúde é a implementação, em larga escala, dos CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas), regulamentados através de portarias GM / MS nº 816, de 30 de abril de 2002, e a Portaria SAS / MS nº 305, de 03 de maio de 2002 (BRASIL, 2003). Definiu-se também a Política de Redução de Danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência. Assim, a oferta de cuidados é fundamentada nos dispositivos extra hospitalar e na lógica da redução de danos (BRASIL, 2002b).

Além da regulamentação dos CAPS ad, o Ministério da Saúde também instituiu, através da Portaria GM nº 816/2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Este objetiva: aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais; promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local (BRASIL, 2002a).

Com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas está voltado para o desenvolvimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais (BRASIL, 2002b). No tocante à promoção da saúde, a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas destaca a importância da atenção integral como forma de maximizar a saúde de indivíduos e coletividade nos três níveis de atenção. Aponta como estratégias de promoção da saúde a atenção às populações mais vulneráveis e a mudança de paradigma de “doentes” ou “criminosos” para cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2003).

Em síntese, Silveira et. al. (2003) apontam os compromissos que se colocam hoje para a saúde, segundo esta política do Ministério da Saúde:

- (1) Alocar a questão do álcool e outras drogas como um problema de saúde pública;
- (2) Indicar o paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento;
- (3) Formular políticas que possam rever e discutir o senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão;

(4) Mobilizar a sociedade civil para participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais, para o fortalecimento de parcerias estaduais e municipais.

A política está voltada para o estabelecimento de ações intersetoriais, e tais ações devem-se constituir na interface do Ministério da Saúde com outros ministérios e com o envolvimento da sociedade no debate, formulação e acompanhamento do processo (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Revela-se um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao concluir esta pesquisa pode-se observar que o uso do álcool é um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo e que a promoção da saúde inclui a prevenção, e estar voltada a evitar ou minimizar os problemas de saúde.

Observou-se também que o álcool no organismo humano produz efeitos distintos entre as pessoas. Isso se deve ao grau de tolerância ao álcool que cada indivíduo possui, bem como aos fatores como a idade, massa corpórea, sexo, capacidade de absorção, frequência no consumo, quantidade de alimentos no estômago, entre outros.

São muitas as consequências no organismo da pessoa dependente do álcool desde uma simples ressaca a um problema mental entre outros. A maioria desses dependentes não assume sê-lo nas primeiras fases da doença podendo muitas às vezes chegar à morte.

As políticas públicas de álcool no Brasil enfocam estratégias voltadas à redução de danos, de forma complementar a ações regulatórias. A abordagem de redução de danos aproxima-se do conceito de promoção da saúde, por enxergar o usuário de álcool como um cidadão, portador de direito à saúde, bem como aos direitos humanos e à diversidade dos usuários ou dependentes do álcool. As estratégias não estão direcionadas para a abstinência, mas para a defesa da vida, no intuito de alcançar a autonomia dos usuários e seus familiares, por meio da construção de redes de suporte social e difusão da informação, educação e aconselhamento.

#### **REFERÊNCIAS**

ANTHONY, James C. Consumo nocivo de álcool: dados epidemiológicos mundiais. In: ANDRADE. Arthur Guerra de; ANTHONY, James C. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. 1ª ed. São Paulo: Minha Editora, 2009.

ARAGUAIA, Mariana. **"Álcool"**; *Brasil Escola*. 2018.

BABOR, T.F. et al. **Alcohol: no ordinary commodity**. New York: Oxford University Press, OMS, 2003.

BICCA et al. Conceitos, diagnóstico e classificação In PULCHEIRO; BICCA; SILVA. **Álcool, outras drogas, informação: o que um profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ªed. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que —institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, e dá outras providências. **Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 816 de 30 de abril de 2002a**. Brasília: Ministério da Saúde: 2002a.

\_\_\_\_\_. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2002b.

CANTO, E. L. do. **Ciências naturais – aprendendo com o cotidiano**. São Paulo: Moderna, 2004.

CRUZ, Luiz Antônio da. **6 consequências do excesso de álcool**. 2014. Disponível em: <<http://www.alcoolismo.com.br/6-consequencias-do-excesso-de-alcool/>>. Acesso em: 04 Jun. 2018.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo – MSC. **Informe sobre alcohol**. Madrid, 2007.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A Política Antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 20, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

LARANJEIRA, R. (Org.). (2014). II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)**, UNIFESP.

LARANJEIRA, Ronaldo, et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. São Paulo: Uniad e Senad, 2007.

LEITE, Paulo Fernando. **Alcoolismo sob o ponto de vista da medicina interna**. 2018.

LIMA, H. P. et al. Interfaces entre alcoolismo e promoção da saúde nas produções da pós-graduação stricto sensu brasileira. **Revista Rene**, 2009.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, 2007.

MELONI, José Nino; LARANJEIRA, Ronaldo. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, 2004.

MONTEIRO, C. F. S. et al. **Mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas**. Escola Anna Nery, 2011.

National Institute on Alcohol and Alcoholism – NIAAA. **Helping patients Who drink too much: a clinician's guide**, National Institute on Alcohol and Alcoholism. 2005. Disponível em: <<https://pubs.niaaa.nih.gov/index.htm>>. Acesso em: 02 Jun. 2018.

NETO, M.R.L. **Saúde Mental**. São Paulo. Psiquiatria e Psicanálise on line, 2003. Apresenta textos sobre saúde mental. Disponível em: <http://www.mentalhealth.com.br>>. Acesso em: 10 de Maio de 2018.

PALM J. **Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems**. Doctor's degree thesis, University of Stockholm, Sthockholm. 2006.

REHM Jürgen, et al. Alcohol. In: JAMISON, Dean. **Disease control priorities in developing countries**. 2.ed. New York: Oxford University Press, 2006.

ROOM, R. et al. In: **Alcohol and public health**. The Lancet, 2005. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)17870-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)17870-2/fulltext)>. Acesso em: 10 de Maio de 2018.

ROOM, Robin. International control of alcohol: alternative paths forward. **Drug and Alcohol Review**, v.25, 2006.

SILVA, S. E. D. et al. **A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo**. Escola Anna Nery, 2007.

SILVEIRA, C. et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, 2003.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **World drug report 2010**. Vienna, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World Health Statistics 2010**. Geneva, 2010.



WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: Department of Chronic Diseases and Health Promotion; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global status report on alcohol**. Geneva: WHO, 2004.

## **ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NO PREPARO DA CRIANÇA PARA A VACINAÇÃO**

### **NURSING STRATEGIES PREPARING CHILDREN FOR VACCINATION**

Patrícia Leonarda Pereira Da Silva<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg VasconcelosRosenstock<sup>2</sup>  
Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>  
Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A promoção em saúde pública tem desenvolvido várias atividades de imensa importância, entre elas podemos destacar a imunização. Mesmo sabendo da tamanha importância que a vacina tem para o desenvolvimento saudável da criança, muitos pais e/ou responsáveis atrasam o cumprimento do calendário básico de vacinação, são vários os relatos destes sobre o desconforto da criança no momento da vacinação, o que acaba induzindo-os ao não comparecimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) para o cumprimento do calendário. O objetivo desse estudo foi verificar na literatura brasileira as possíveis estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem no preparo da criança para a vacinação. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. As análises dos dados foram feitas a partir de 15 (quinze) publicações, dentre elas 12 (doze), ou seja, 80% estão indexadas em revistas científicas na área da saúde. De acordo com os achados, as estratégias de enfermagem no preparo da criança para vacinação podem ser a utilização do brinquedo; o contato direto do profissional de enfermagem com a criança; a visita domiciliar; a orientação aos pais sobre a importância da vacinação, através da educação em saúde; a utilização de estratégias não farmacológicas, entre outros.

**Palavras-chave:** Estratégias de Enfermagem. Vacinação Infantil. Preparo da Criança.

### **ABSTRACT**

The promotion in public health has developed several activities of immense importance, among them we can highlight the immunization. Even knowing the importance of the vaccine for the healthy development of the child, many parents and / or responsible delay the fulfillment of the basic vaccination schedule there are several reports on the

<sup>1</sup>Graduanda do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). E-mail: patriciaenfermagem2013@gmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – IESP. Orientadora neste trabalho. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – IESP.

discomfort of the child at the time of vaccination, which leads them to non-attendance in the Family Health Strategy (ESF) to fulfill the schedule. The objective of this study was to verify in the Brazilian literature the possible strategies used by the nursing team in preparing the child for vaccination. This is a bibliographical research. The data analyzes were made from 15 (fifteen) publications, among them 12 (twelve), that is, 80% are indexed in scientific journals in the health area. According to the findings, the nursing strategies in preparing the child for vaccination may be the use of the toy; the direct contact of the nursing professional with the child; home visit; guidance to parents on the importance of vaccination through health education; the use of non-pharmacological strategies, among others.

**Key-words:** Nursing strategies. Childhood Vaccination. Child Preparation.

## 1 INTRODUÇÃO

A promoção em saúde pública tem desenvolvido várias atividades de imensa importância, entre elas podemos destacar a imunização. Essa atividade contribui diretamente para redução da mortalidade, principal infantil, consequente de doenças imunopreveníveis. Desta maneira, diversas doenças têm sido extinguidas no mundo, em nosso país podemos exemplar esse aspecto através da varíola e paralisia infantil (PINTO; CARVALHO; RODRIGUES, 2016).

A vacina pode ser conceituada como elemento com bactérias ou vírus inativos, ou microrganismos inteiros vivos, sendo estes atenuados, que agem estimulando o sistema imune, convertendo-o a um organismo preparado para um inesperado ataque dos microrganismos patogênicos. Sendo apresentada como uma atividade de alta viabilidade, a vacinação além de prevenir contra as doenças imunopreveníveis é totalmente acessível com melhor-custo benefício se comparado ao valor atribuído aos sujeitos acometidos por tais doenças (BATISTA 2013).

Mesmo sabendo da tamanha importância que a vacina tem para o desenvolvimento saudável da criança, muitos pais e/ou responsáveis atrasam o cumprimento do calendário básico de vacinação, são vários os relatos destes sobre o desconforto da criança no momento da vacinação, o que acaba induzindo-os ao não comparecimento na Estratégia Saúde da Família (ESF) para o cumprimento do calendário.

Fontes et al (2017) afirmam que a vacina é considerada o tipo de dor iatrogênica mais corrente na infância, sendo apontada como uma fonte de sofrimento não apenas para crianças, mas também para os pais e profissional que executa esse procedimento, ou seja, o enfermeiro. Entretanto, o medo da criança e a dor agregada a agulha, tem sido desconsiderada por alguns profissionais, que necessitam adicionar

estratégias para um melhor atendimento a criança neste momento, reduzindo seu medo na hora da vacinação.

Neste aspecto Oliveira (2010), enfatiza que o enfermeiro que atua diretamente com a criança, a saber no momento da vacinação, devem incorporar além dos cuidados diretos, ações que favoreçam as fases do desenvolvimento infantil. Existem algumas possíveis estratégias que o enfermeiro pode utilizar nesta ação, como o lúdico incluso a título de ação de cuidado. O enfermeiro tem em suas mãos a responsabilidade de diminuir a angustia da criança no momento da vacinação, estimulando a criança através de vários mecanismos internos, tornando assim um grande diferencial na arte de cuidar.

É incumbência da equipe de enfermagem fazer o acolhimento a criança na sala de vacina, orientar os pais sobre a vacinação, bem como suas reações e contraindicações, e sobre tudo o enfermeiro deve vacinar as crianças de acordo com as técnicas e normas do Programa Nacional de Imunização (PNI). É preciso que a equipe de enfermagem que atua na sala de vacinação realize capacitação específica para essa área, trabalhando com dinamismo, ludicidade e ações diversas.

A preferência pelo tema para desenvolvimento do estudo surgiu da minha experiência como técnica de enfermagem em uma unidade básica de saúde, ao observar a angústia das crianças ao entrarem na unidade para a vacinação. Muitas vezes ficou claro o despreparo ou o desconhecimento de estratégias facilitadoras no momento da vacinação a criança pelos profissionais responsáveis pela sala de vacina, ou seja, a equipe de enfermagem. Neste sentido, a proposta desse estudo foi despertar o interesse dos profissionais de enfermagem pela temática e dar a eles subsídios para trabalhar a vacinação infantil de forma dinâmica e positiva.

Diante disso e das importantes colocações a respeito da influência da vacina na saúde e desenvolvimento da criança, se faz necessário que a equipe de enfermagem responsável pela sala de vacina desenvolva estratégias para amenizar o sofrimento apresentado pelas crianças no momento da vacinação. Com base nessas informações, o presente estudo teve como objetivo, verificar na literatura brasileira as possíveis estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem no preparo da criança para a vacinação.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Neste estudo utilizamos como abordagem metodológica a pesquisa exploratória e descritiva a partir de uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é realizada com o intuito de levantar um conhecimento disponível sobre teorias, a fim de analisar, produzir ou explicar um objeto sendo investigado. A pesquisa bibliográfica visa então analisar as principais teorias de um tema, e pode ser realizada com diferentes finalidades (CHIARA et al, 2008).

A pesquisa exploratória segundo Gil (2008) tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema. Podendo envolver um levantamento bibliográfico. Ainda segundo o autor o objetivo da abordagem descritiva é descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Desta forma o desenvolvimento da pesquisa transcorreu a partir de material já elaborado por outros autores, disponíveis nos principais sites da área de saúde, partindo da seguinte questão norteadora: Como a literatura atual brasileira apresenta as estratégias de enfermagem no preparo da criança para a vacinação?

Para selecionar o material foram utilizados os seguintes descritores: Estratégias de enfermagem; Vacinação Infantil; Preparo da Criança. Foi considerado um período de oito anos para seleção das publicações, ou seja, de 2010 a 2018.

Para a organização da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos indexados nos bancos de dados selecionados, com texto completo, no idioma português e no período correspondente a pesquisa. E nos critérios de exclusão: periódicos que não fornecessem o texto completo, artigos que não estivessem disponibilizados no idioma português, artigos que não apresentassem o assunto abordado.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As análises dos dados foram feitas a partir de 15 (quinze) publicações, dentre elas 12 (doze), ou seja, 80% estão indexadas em revistas científicas na área da saúde. A distribuição das publicações encontradas por periódicos de 2010 a 2018 está representada no Quadro 1. Os anos que tiveram maiores números de publicações analisadas foram os de 2010 e 2016, nota-se um índice mediano de publicações sobre o tema nos últimos anos.

| ANO | Nº | % |
|-----|----|---|
|-----|----|---|

|             |    |      |
|-------------|----|------|
| <b>2010</b> | 03 | 20,0 |
| <b>2011</b> | 01 | 6,6  |
| <b>2012</b> | 01 | 6,6  |
| <b>2013</b> | 01 | 6,6  |
| <b>2014</b> | 02 | 13,3 |
| <b>2015</b> | 02 | 13,3 |
| <b>2016</b> | 03 | 20,0 |
| <b>2017</b> | 02 | 13,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1** - Distribuição das publicações encontradas por periódicos de 2010 a 2018.

Para alcançar os objetivos propostos, os conteúdos temáticos encontrados nos trabalhos selecionados foram discutidos a partir de dois tópicos principais: a importância da vacinação e as possíveis estratégias de enfermagem tanto no preparo para vacinação, quanto no momento da aplicação. Estes tópicos são descritos a seguir.

### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA VACINAÇÃO

Neste contexto, encontra-se nos achados analisados que, no decorrer de vários anos as pessoas foram vítimas de diversas doenças que resultaram em milhares de mortes, muitas dessas tiveram sua população exterminada de uma só vez. Essa triste realidade vem sendo transformada como o avanço da tecnologia na área da saúde, através dela cientista/pesquisadores conseguiram produzir vacinas e medicamentos que atuam na prevenção e erradicação de tais doenças (TAVARES; TOCANTIS, 2015).

Diante disso, as vacinas e campanhas de vacinação passaram a ser uma realidade e estão presentes no processo da autoridade sanitária no Brasil, desta forma, é válido dizer que esse processo vem se solidificando com a introdução de vacinas nas atividades cotidianas, de campanhas e vacinação em massa. Conhecida como um recurso preventivo, a vacinação tem se mostrado ser de suma importância para toda população, pois atua na prevenção individual do sujeito, como também na proteção da comunidade, haja vista que reduz significativamente os agentes infecciosos circulantes. Constituída como uma das principais intervenções diretas em saúde, a vacina é apresentada como elemento obrigatório dos programas de saúde (OLIVEIRA et al, 2010; BATISTA, 2013; CAVALCANTI; NASCIMENTO, 2015).

A vacinação abrange todas as faixas etárias, desde a criança até os idosos, nesse processo podemos destacar uma importante vacina que nos últimos anos vem sobressaindo na vida das adolescentes que é a quadrivalente contra o HPV, no estudo

de Silva et al, (2017), eles afirmam que esta vacina foi introduzida no Calendário Nacional de Vacinação a partir do ano de 2014, com objetivo de prevenir/reduzir o câncer de colo de útero, indicada para meninas dos 9 aos 11 anos. Desta forma, fica clara a fundamental importância da vacinação não apenas infantil, mais durante toda a vida de acordo com a faixa etária.

Sobre a vacinação infantil que é o foco do nosso estudo, podemos observar que tem a função de prevenir diversas doenças transmissíveis em crianças, de maneira primordial no primeiro ano de vida. Constitui-se como uma medida essencial contra a mortalidade infantil. Diante de sua importância, no Brasil a partir do ano de 1975, foi regulamentado o Programa Nacional de Imunização (PNI), com a definição de normas e competências (BATISTA, 2013; FIGUEIREDO et al, 2011).

Este programa tem como finalidade ordenar as atividades de imunizações e controlar as doenças imunopreveníveis. Caracteriza-se como o programa de ordem universal, que no decorrer de sua existência já erradicou ou manteve sob controle várias doenças imunopreveníveis. Tem como objetivo primordial fazer a cobertura de 100% das crianças que nascem anualmente. O PNI, define o calendário básico anual de vacinação, observa-se no Quadro 2 o calendário básico para crianças até 5 anos de vida, atualmente ele é composto por 12 tipos de vacinas (CAVALCANTI, NASCIMENTO, 2015).

| VACINA/TIPO                   | IDADE        | DOSE                                                        |
|-------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------|
| BCG                           | Ao nascer    | Dose única                                                  |
| Hepatite B                    | Ao nascer    | 1 Dose                                                      |
| Penta/DTP                     | 2/4/6 meses  | 1/2/3 Doses<br>1º reforço (15 meses)<br>2º reforço (4 anos) |
| VIP/VOP                       | 2/4/6 meses  | 1/2/3 Doses<br>1º reforço (15 meses)<br>2º reforço (4 anos) |
| Pneumocócica 10 V (conjugada) | 2/4/12meses  | 1/2 Doses e reforço                                         |
| Rotavírus                     | 2/4 meses    | 1/2 Doses                                                   |
| Meningocócica C (conjugada)   | 3/5/12 meses | 1/2 Doses e 1º reforço                                      |
| Febre Amarela                 | 9 meses      | Dose única                                                  |
| Tríplice viral                | 12 meses     | Dose única                                                  |
| Hepatite A                    | 15 meses     | Uma dose                                                    |
| Treta Viral                   | 15 meses     | Uma dose                                                    |
| Varicela                      | 4 anos       | Uma dose                                                    |

Fonte: Portal do Ministério da Saúde, 2018.

**Quadro 2-** Calendário Básico de Vacinação 2018 conforme o Ministério da Saúde.

Dentre as vacinas apresentadas no quadro acima, existe uma que não ainda consta no calendário vacinal anual, mas que vem sendo aplicada nas crianças com idade dos 6 meses a menores de 5 anos é a Influenza. Segundo Andrade et al. (2012) a influenza, normalmente conhecida como gripe, é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de distribuição global e elevada transmissibilidade. Com intuito de amenizar os casos de influenza o MS criou desde o ano de 2009 a vacina, que atua contra o vírus da Influenza, e é feita anualmente em dose única, administrada para grupos eletivos.

No estudo de Batista (2013) a autora relata que a população pode contar também com as vacinas disponibilizadas na rede privada de saúde, elas devem seguir o calendário vacinal aprovado pela Sociedade Brasileira de Imunobiológicos (SBIIm). Todavia, para que as clínicas particulares ofertem as vacinas, elas necessitam considerar as condições impostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), abrangendo o licenciamento do imunobiológico, bem como a normatização para o funcionamento da sala de vacinação.

Diante da importância da vacinação, é essencial frisar que o calendário vacinal deve ser efetuado de forma completa, isto é, a criança deve receber todas as doses das vacinas, até mesmo as doses de reforço, pois só com o cumprimento total do calendário as crianças estarão realmente imunizadas. É primordial que a vacinação rotineira, bem como as campanhas, ofertadas pelo serviço de saúde, ofereça vacina suficiente para que possa cobrir o maior número possível de crianças, pois são fatores importantíssimo para redução da mortalidade infantil (PEREIRA, PINHEIRO, NEVES, 2010; CAVALCANTI, NASCIMENTO, 2015).

Santos (2014) retrata bem a importância do cumprimento do calendário vacinal em seu estudo, e faz uma alerta importante enfatizando que a criança que não recebe todas as vacinas do calendário vacinal na faixa etária recomendada, acontece o atraso vacinal, onde a torna vulnerável a doenças imunopreveníveis, com esse atraso, acontece também a diminuição a resistência na rede de imunidade comunitária. Quando não ocorre a manutenção do calendário básico de vacinação da criança, muitos problemas podem surgir e transforma-se em enormes prejuízos na saúde pública. Com essa falta de cumprimento, a possibilidade de contrair doenças imunopreveníveis aumenta, não somente nas crianças, mais também em suas famílias, e com consequência podem surgir epidemias na comunidade.

Ainda no estudo da autora supracitada, existe vários motivos que acarretam o não cumprimento do calendário básico de vacinação, entre eles a autora destaca: falta de conhecimento dos pais sobre a importância da vacinação; o medo das reações e contraindicações das vacinas; falta de procedimentos de identificação da criança apta; insegurança quanto a aplicação da vacina; falta de estímulo e motivação para vacinar; entre outros.

Segundo Cavalcanti e Nascimento (2015) o desconforto gerado na criança em virtude da administração da vacina injetável é um dos fatores que mais levam os pais a não levarem as crianças para cumprir o calendário vacinal. Muitos deles recorrem para medidas alternativas para não passar por essa situação, recebendo conselhos de profissionais de medicina complementar alternativa e curandeiros.

Neste contexto, é necessário enfatizar que a vacinação é de fundamental importância para a saúde da população, ganhando destaque entre os princípios instrumentos de saúde pública, pois é através da correta utilização das vacinas e o cumprimento do calendário básico vacinal que o declínio de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis tem acelerado nos últimos tempos em nosso país (SOUSA et al. 2016; PINTO; CARVALHO; RODRIGUES, 2016).

Contudo, para que a vacinação ocorra de maneira satisfatória na atenção básica de saúde é necessário que os profissionais atuantes desenvolvam um cenário dinâmico, através de diferentes estratégias, com intuito de controlar as doenças imunopreveníveis conforme orienta documentos oficiais do Ministério da Saúde, entre essas estratégias deve estar à disposição adequada dos imunobiológicos, a educação em saúde, a vacinação literalmente dita, entre outras. Sendo assim o enfermeiro precisa estar apto a desenvolver tais estratégias dando ênfase ao cumprimento do calendário vacinal (TAVARES; TOCANTIS, 2015).

### 3.2 ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA A VACINAÇÃO

Nesta categoria observa-se que o enfermeiro é um profissional que merece destaque no que diz respeito a vacinação, haja vista, que o cuidado é compreendido como uma das qualidades inerentes à enfermagem, prontamente, o cuidado direcionado ao paciente, envolvendo a segurança na realização de sua assistência. Desta forma, o cuidado a criança no momento da vacinação deve ser um compromisso ético assumido pelos profissionais de enfermagem. Dentre as atividades realizadas



pelo enfermeiro na sala de vacina, estão: supervisão da equipe de enfermagem, manutenção da sala, controle de insumo, avaliação do manejo dos imunobiológicos, registro de atividades e notificações de reações adversas (SOUSA et al, 2016).

Tavares e Tocantins (2015) destacam que o enfermeiro desenvolve várias ações na atenção básica de saúde, entre elas ações que envolvem a atualização da caderneta de vacinação, através da orientação ao usuário, como o encaminhamento para o setor de vacinação, as visitas domiciliares, a supervisão dos técnicos de enfermagem e a captação de usuários com calendário vacinal sem atraso. Desta forma, podemos observar que o enfermeiro atua diretamente na atualização das cadernetas de vacinação com a utilização de estratégias para o controle das doenças imunopreveníveis.

Nessa perspectiva de acordo com o estudo realizado por Oliveira et al, (2010), os fazeres da enfermagem na sala de vacinação vão além da aplicação das doses de vacina, é preciso organizar o local, solicitar as vacinas, limpar a geladeira no período quinzenal, promover ações educativas com mães e responsáveis e realizar o mapa mensal das doses administradas.

Com base nessas atividades, a equipe de enfermagem responsável pela sala de vacina visa alcançar as metas propostas do PNI, para isso é preciso que as administrações de vacinas aconteçam de forma adequada, no tempo certo e com utilização de condutas que exige esforços concretos desses profissionais, esses esforços devem ser direcionados a mudanças de atitudes e crenças sobre a imunização. Quanto mais a vacinação e os cuidados a criança estiverem conectados, diante do processo de desenvolvimento e crescimento, mais êxito terá a imunização como indicador de cobertura vacinal, colaborando também com a compreensão da família sobre as atividades de saúde (FIGUEIREDO et al, 2011).

Segundo Oliveira et al, (2010) a atividade da imunização transpassa o limite de uma determinada área para administração de vacinas, partindo do pressuposto que é necessário ter como foco o processo de forma geral e não apenas a aplicação da vacina propriamente dita, o objetivo da imunização parte de uma assistência humanizada e de qualidade.

Ao analisarmos a vacinação infantil, encontramos ainda muitos obstáculos que a equipe de enfermagem enfrenta para o cumprimento das metas do PNI, dentre eles a resistência dos pais, muitos deles temem a segurança de seus filhos, preocupados em expor suas crianças a procedimentos traumáticos e dolorosos. Diante disso, é

fundamental que os profissionais de saúde forneçam aos pais informações atualizadas e incentivem os mesmos, construindo relacionamentos e parcerias práticas com os pais/cuidadores (FIGUEIREDO et al, 2011; PINTO; CARVALHO; RODRIGUES, 2016).

Maleita (2014) coloca que a vacinação é vista pelas crianças como algo ameaçador e isso muitas vezes serve de fator para os pais não cumprirem a sequência correta do calendário vacinal. A vacina é conhecida pelas crianças como uma invasão torturante, na sua concepção aquele procedimento será doloroso, angustiante e ainda saíra muito sangue pelo orifício feito pela agulha, pois as crianças não tem ideia da sua anatomia, resumindo o momento da vacinação é uma tortura propriamente dita.

Nessa conjuntura, como a criança está em seu desenvolvimento cognitivo e psicoemocional enfrentam situações como a vacinação de forma temerosa, sendo incapazes de entender a realidade. Desta forma os procedimentos dolorosos por menor que sejam provocam dor, medo e sofrimento na criança, sendo necessário assim o esclarecimento, preparado e apoio. Os profissionais de enfermagem que atuam na sala de vacina têm a liberdade de criar estratégias de intervenção, de forma qualificada, oportunizando aos pais e a criança uma ação participativa e consciente, colaborando para uma nova visão das ações de enfermagem, tendo como base a promoção de saúde (OLIVEIRA et al, 2010). Diante disso, encontramos em nossa pesquisa algumas estratégias que merecem destaque na atuação da equipe de enfermagem durante o processo de vacinação infantil. Iniciaremos falando sobre a utilização do brinquedo conforme observado na Figura 1, que é apresentado como um valioso instrumento, pois desenvolve uma ação importantíssima para a criança que é o brincar. Nesta perspectiva, o brinquedo usado de forma terapêutica, deve ser manuseado pelos profissionais de enfermagem como um modo de cuidar. O brinquedo pode ser utilizado para criança compreender melhor a necessidade da vacinação, como também, servir como um meio de comunicação entre a equipe de enfermagem e a criança, favorecendo o vínculo e segurança entre ambos (OLIVEIRA, 2010).



**Fonte:** <http://www.ciamaterna.com.br/saude/importancia-da-atualizacao-da-carteira-de-vacinacao-infantil>

**Figura 1** – Utilização do brinquedo como estratégia para vacinação.

De acordo com o autor supracitado, Maleita (2014) afirma em seu estudo que a brincadeira no momento da vacinação é eficaz para crianças na idade pré-escolar, pois estimula a visão e audição, tornando esse momento tão temido pelas crianças em algo mais confortável, pois a partir do momento em que a criança inicia uma brincadeira ela entra em um mundo de fantasia, deixando-a distraída, permitindo um melhor momento para a aplicação da vacina. Esse cuidado através da visão holística do conforto torna-se primordial para o cuidado de enfermagem pediátrica.

Oliveira et al (2010) traz como estratégia de enfermagem no preparo da criança no momento da vacina, o contato direto do profissional de enfermagem com a mesma como ilustra a Figura 2. No momento da vacinação é importante que a criança conheça o profissional que estará fazendo o procedimento, desta forma, é essencial visitar as crianças em seu domicílio, para que eles passem a conhecer melhor a equipe, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento.



**Fonte:** [http://www.portaldaenfermagem.com.br/plantao\\_read.asp?id=2549](http://www.portaldaenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=2549)

**Figura 2-** Reconhecimento do profissional pela criança

No estudo de Fontes et al (2017), após fazer um levantamento sobre o manejo da dor na imunização de criança, resultou em algumas estratégias que a enfermagem pode utilizar para minimizar o sofrimento desses pequenos usuários, foram elas: uso de brinquedos, posição facilitada conforme mostra a Figura 3, piparote na região vacinada e treinamento para os pais. Reforça ainda que para melhorar o entendimento dos pais em relação a vacinação, a equipe pode utilizar folhetos explicativos ilustrado na Figura 4 e vídeo sobre a gestão da dor de vacinas infantis.



**Fonte:** <https://www.guiadobebe.com.br/sobre-as-vacinas/>

**Figura 3 –** Posição facilitada



Fonte: <https://www.guiadobebe.com.br/sobre-as-vacinas/>  
**Figura 4** – Exemplo de Folheto explicativo

Ainda neste contexto, Santos (2016) enfatiza durante seu estudo a importância de utilizar estratégias não farmacológicas, que segundo ele age diretamente no psicológico da criança e é uma estratégia essencial para o alívio da dor, podendo ser utilizada com ou sem intervenções farmacológicas. Dentre as estratégias não farmacológicas o estudo destaca a utilização do dispositivo multimodal (MMD), que é uma plataforma de tecnologia personalizada e foi criada para ir ao encontro das necessidades de desenvolvimento da criança. O dispositivo multimodal pode ainda ser utilizado como distração pois inclui histórias interativas durante os procedimentos.

A partir das referências selecionadas para o estudo, elaborou-se o Quadro 3 contendo as principais estratégias de enfermagem na preparação da criança para vacinação.

|                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estratégias empregadas na preparação da criança para vacinação                               |
| Utilização do Brinquedo                                                                      |
| Contato direto do profissional de Enfermagem com a criança                                   |
| Visita domiciliar                                                                            |
| Posição facilitada                                                                           |
| Piparote na região vacinada                                                                  |
| Treinamento para os pais através da utilização de folhetos, vídeos explicativos e palestras. |

|                                      |
|--------------------------------------|
| Estratégias não farmacológicas       |
| Utilização do dispositivo multimodal |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 3-** Principais estratégias de enfermagem na preparação da criança para vacinação.

Assim, observa-se que essas estratégias podem promover o conforto na criança, sensação de bem-estar mental e físico, isenção de dor, desejo ou ansiedade. Diante essas possíveis estratégias são notórias as necessidades que o enfermeiro tem em estabelecer técnicas para o cumprimento do calendário vacinal infantil. Essas estratégias podem ser realizadas de diversas maneiras, porém ressalta que para vacinação devem ser flexíveis, focalizando melhor aquela que assegure o cumprimento vacinal. Para que essas ações aconteçam de modo expressivo, se faz indispensável a capacitação dos profissionais da sala de vacinação (PEREIRA; PINHEIRO; NEVES, 2010).

#### 4CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o resultado da pesquisa, é possível considerar que a equipe de enfermagem pode e deve desenvolver estratégias significativas com intuito de minimizar o medo da criança e prepará-la para o momento da vacinação. Haja vista, que a vacinação pode ser compreendida pela criança como um momento de tortura e ameaça, o que muitas vezes serve de fator para os pais não cumpram a sequência correta do calendário vacinal, acontecendo então o atraso vacinal, que pode intervir não apenas na saúde da criança, mais de toda a comunidade próxima, reduzindo a resistência na rede de imunidade comunitária.

Os achados do estudo enfatizam a importância da vacinação, sendo está um método de prevenção contra as doenças imunopreveníveis, ou seja, reduz de forma considerável os agentes infecciosos circulantes. Até o quinto ano de vida de acordo com o calendário básico anual de vacinação, a criança recebe doze tipos de vacina, as quais atuarão na imunização da criança. É válido ressaltar que, o cumprimento do calendário deve ser de forma integral, para garantir a eficácia do mesmo.

Neste contexto, a equipe de enfermagem fica responsável pela supervisão do calendário vacinal e a realização das vacinas na atenção básica de saúde. E como visto no decorrer do estudo, um dos desafios desses profissionais é elaborar estratégias que prepare a criança para o momento da vacinação. De acordo com os achados, essas estratégias podem ser a utilização do brinquedo; o contato direto do

profissional de enfermagem com a criança; a visita domiciliar; a orientação aos pais sobre a importância da vacinação, através da educação em saúde; a utilização de estratégias não farmacológicas, entre outros.

Portanto, visando uma melhor assistência de enfermagem a criança durante o processo de vacinação, sugere-se a realização de trabalhos que abordem com maior profundidade essa temática. Considerando que a vacinação é de fundamental importância para a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. R. S; LORENZINI, E; SILVA, E. F. Conhecimento de Mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enferm.** v.19, n.1, p. 94-100; Jan/Mar, 2014.

BATISTA, M. **O Trabalho da Enfermeira na Vacinação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 201 folhas. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais. 2013.

CAVALCANTI, M. A. F; NASCIMENTO, E. J. C. Aspectos Intervenientes da criança, da família e dos serviços de saúde na imunização infantil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** | v.15, n.1, p 31-7 | junho, 2015.

CHIARA, I. D. et al. **Normas de documentação aplicadas à área de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora E-papers, 2008.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al, Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.19, n.3, p.08, maio-jun, 2011.

FONTES, V. S. et al. Manejo da dor na imunização de crianças: Revisão Integrativa. **INTERNATIONAL NURSING CONGRESS** Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MALEITA, C. I. N. "**Mãe, tenho medo...**" Preparação da criança de 5 anos para a vacinação. Relatório de estágio (Enfermagem) 283 folhas. Lisboa, 2014.

OLIVEIRA, G. S. **A enfermagem e a utilização do brinquedo terapêutico no cuidado a criança:** uma revisão integrativa da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) 31 folhas. Porto Alegre, 2010.

OLIVEIRA, V. G; et al. Vacinação: O Fazer da Enfermagem e o saber das mães E/Ou cuidadores. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 133-141.

PEREIRA, K. M; PINHEIRO, R. P; NEVES, J. B. Ações da Enfermagem na Atenção Básica na Vacinação contra o Rotavírus. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

PINTO, C. S; CARVALHO, C; RODRIGUES, M. A. F. Imunização: Um Jogo Sérioso para Proteção de Crianças Contra as Doenças. **XV SBGames** – São Paulo – SP – Brazil, September 8th - 10th, 2016.

SANTOS, A. C. **Oportunidades perdidas de vacinação em crianças no Brasil: uma revisão**. Monografia (Enfermagem). 17 folhas. Brasília, 2014. Disponível: [repositorio.uniceub.br/.../1/Monografia%20Andreia%20Santos.pdf](http://repositorio.uniceub.br/.../1/Monografia%20Andreia%20Santos.pdf). Acesso em: 05 de agosto de 2018.

SANTOS, S. I. S. C. **Promoção do conforto na criança: estratégias não farmacológicas no alívio da dor**. Mestrado de Enfermagem, 315f. Lisboa, 2016.

SILVA, T. I. M et al. Vacina e HPV: saberes dos pais e responsáveis de meninas adolescentes. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** Vol. 1, n. 03, Out. 2017.  
SOUSA et al. Desafios Do Enfermeiro no Gerenciamento da Imunização de Crianças de 0 A 4 anos. **Convinbra**, 2016.

TAVARES, R. E; TOCANTINS, F. R. Ações de enfermagem na Atenção Primária e o controle de doenças imunopreveníveis. **Rev Bras Enferm.**; v.68, n.5, p.803-9, 2015.

## **O ENFERMEIRO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A CONSCIENTIZAÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TESTE DO PEZINHO**

### **THE NURSERY OF BASIC HEALTH CARE AND THE CONSCIOUSNESS OF PARENTS ON THE IMPORTANCE OF THE PEZINHO TEST**

Mone Maiara Gomes de Araújo<sup>1</sup>  
Ana Cláudia Gomes Viana<sup>2</sup>  
Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>  
Teresa Cristina Albuquerque Leal<sup>3</sup>

## **RESUMO**

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.  
E-mail: [mayara1612@hotmail.com](mailto:mayara1612@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [anacviana2009@hotmail.com](mailto:anacviana2009@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/6990038672400244>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.



Entre todos os exames realizados no período neonatal o teste do pezinho tem como objetivo triar, diagnosticar, acompanhar e tratar doenças congênitas. Este exame é realizado através da coleta de sangue na região calcânea, deve-se ser coletado entre o 3º e o 5º dia de vida. O diagnóstico precoce no período neonatal, permite o início do tratamento evitando sequelas mais graves nos bebês. Conhecer a produção científica nacional, dos últimos dez anos, sobre o papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na conscientização dos pais sobre a importância do teste do pezinho. Trata-se de uma revisão integrativa, o levantamento bibliográfico resultou na análise de 13 artigos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. Após análise do material empírico emergiram duas categorias: O conhecimento das mães sobre a realização do teste do pezinho e sua finalidade; A importância da realização do teste do pezinho e o papel do enfermeiro na orientação aos pais. O estudo permitiu compreender a importância e os benefícios do exame na vida da criança quando realizado ainda no período neonatal. A educação continua em saúde é fundamental para a qualidade no atendimento nas consultas de enfermagem, possibilita ampliar o conhecimento técnico científico do profissional oferecendo grande contribuição para alcançar os objetos do PNTN.

**Palavras-chave:** Enfermeiro. Atenção primária à saúde. Triagem neonatal.

## **ABSTRACT**

Among all the tests performed in the neonatal period, the test of the foot is aimed at screening, diagnosing, monitoring and treating congenital diseases. This examination is performed through the collection of blood in the calcaneal region, it should be collected between the 3rd and 5th day of life. The early diagnosis in the neonatal period, allows the beginning of the treatment avoiding more severe sequelae in the babies. To know the national scientific production of the last ten years about the role of the primary health care nurse in the awareness of parents about the importance of the test of the foot. It is an integrative review, the bibliographical survey resulted in the analysis of 13 articles available in the Virtual Health Library. After analyzing the empirical material two categories emerged: the knowledge of the mothers about the performance of the test of the foot and its purpose; the importance of performing the test of the foot and the role of the nurse in the orientation to the parents. The study made it possible to understand the importance and benefits of the examination in the life of the child when performed in the neonatal period. Continuing education in health is fundamental to the quality of care in the nursing consultation, it allows to increase the scientific technical knowledge of the professional offering great contribution to reach the PNTN objects.

**Key words:** Nurse. Primary health care. Neonatal screening

## **1 INTRODUÇÃO**

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), criado em 6 de junho de 2001, pela Portaria Ministerial nº822/01 é um projeto de grande relevância e conquista no Sistema Único de Saúde (SUS) por contemplar os princípios e diretrizes fundamentais à saúde da criança. Mediante a preconização do programa toda criança que nasce tem direito a Triagem Neonatal Ocular (TNO), teste do reflexo vermelho (teste do olhinho);

Triagem Neonatal Auditiva (TNA) (teste da orelhinha); Triagem da Cardiopatia Congênita (teste do coraçãozinho); e Teste do Pezinho (TP) (BRASIL, 2016).

Entre todos os exames realizados no período neonatal, um deles é o TP, que tem por objetivo triar, diagnosticar, acompanhar e tratar doenças congênitas. Este exame é realizado através da coleta de sangue com papel-filtro na região lateral calcânea local com pouca possibilidade de atingir ossos do recém-nascido, e por ser uma área bastante vascularizada. O momento para a coleta, não deve ser menor que 48 horas de amamentação e nunca excedente o limite temporal de 28 dias, sendo ideal realizar o exame entre o 3º e o 5º dia de vida (BRASIL, 2016).

O processo de Triagem Neonatal (TN) abrange fases como: a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e acompanhamento por equipes especializadas (ABREU; BRAGUINI, 2011). O diagnóstico precoce no período neonatal, permite o início do tratamento evitando sequelas mais graves nos bebês que são detectados com algum tipo de agravo rastreado através do exame (SANTOS, et al 2011).

no período de pré-natal que as gestantes, através da atuação do enfermeiro da unidade básica de saúde (UBS) devem receber as primeiras informações sobre os exames que o bebê necessita realizar após o nascimento. É importante que os pais sejam conscientizados e sensibilizados sobre as enfermidades pesquisadas no TP, bem como sobre as sequelas irreversíveis, quando não diagnosticadas e tratadas precocemente. Nesse tocante, cabe aos profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, conscientizar-se da importância e responsabilidade do seu papel de educador junto aos pais, sobretudo junto as mães por ser quem busca com maior frequência a UBS para a realização da consulta pré-natal, uma vez que esta fica mais acessível à conscientização acerca da importância do referido teste (ABREU; BRAGUINI, 2011).

O TP é reconhecido como um dos mais importantes exames realizados no início da vida da criança. Para Leão e Aguiar (2008), a TN é uma intervenção de saúde pública e um cuidado na área de pediatria, sendo utilizada em todo o mundo. Segundo Pasqualin (2008), a TN é compreendida como um conjunto de informações para prevenir carência na saúde pública, tendo vínculo a outros programas importantes, como o pré-natal, puericultura, vacinação, nutrição adequada, aconselhamento genético e planejamento familiar. Por sua vez e diante da relevância do exame, o

Estatuto da Criança e do Adolescente, no inciso III, do Art. 10, da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, estabeleceu que:

[...] Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a [...] proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais [...] (BRASIL, 1990).

Observa-se que o profissional de saúde tem como responsabilidade prestar atendimento e fornecer informações sobre a saúde dos recém-nascidos. Vale ressaltar que desde o pré-natal o enfermeiro e o profissional que mais interage com a grávida. Partindo deste entendimento, observa-se que o enfermeiro tem participação diferenciada no programa, uma vez que atua orientando sobre a realização do exame e sobre sua importância em ser realizado precocemente (AL ALAM, et al 2012).

Para que os enfermeiros possam atuar com responsabilidade e eficácia em sua assistência profissional deve-se apropriar-se do conhecimento técnico científico acerca da realização do TP e suas etapas, bem como no que se refere à importância e finalidades do mesmo para orientar com segurança as famílias e cuidar para que o recém-nascido tenha uma boa assistência (LEAL; NETA; ROCHA, 2013).

Considerando o caráter essencialmente preventivo da TN, o enfermeiro em sua assistência é fundamental para orientar as mães a respeito da finalidade do teste, e enfatizar os inúmeros benefícios do exame, entre eles a prevenção de agravo como o retardo mental. O enfermeiro deve investir esforços para ofertar uma assistência de enfermagem fundamentada no saber científico sempre em busca de uma assistência humanizada (LEAL; NETA; ROCHA, 2013). Segundo Menezes, et al (2016) para existir prevenção, é fundamental que haja primeiro, conhecimento, que a população conheça o que estão prevenindo e como prevenir.

Diante desse cenário em que a mulher grávida é acompanhada através da consulta pré-natal pela equipe básica de saúde, onde várias são feitas pelo enfermeiro, é de suma importância a realização de um estudo que contribua com a reflexão desses profissionais acerca do seu papel de educador junto aos pais na conscientização para a realização do exame. Esta pesquisa pretende ainda subsidiar esses profissionais a aprimorar os conhecimentos sobre a prevenção, intervenção precoce e acompanhamento permanente dos recém-nascidos diagnosticados com doenças inseridas no PNTN, em especial o TP.

Sendo assim, o presente estudo teve o propósito de investigar nos bancos de dados quais são os eixos abordados na literatura científica nacional acerca do enfermeiro na conscientização dos pais sobre a importância do teste do pezinho?

Diante do exposto, o estudo tem por objetivo conhecer a produção científica nacional, dos últimos dez anos, sobre o papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na conscientização dos pais sobre a importância do teste do pezinho.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Trata-se de uma revisão integrativa que consiste em um método de pesquisa importante na área de saúde. Este estudo tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada. Sendo também um dos métodos utilizados de pesquisas que permite a introdução das evidências na prática clínica (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

O método de pesquisa se destaca em virtude da crescente quantidade de informações na área da saúde, tornando-se imprescindível para o crescimento de artifícios que assegurem o rigor metodológico e possibilite divulgação de diversos estudos aos profissionais sobre temas passíveis de serem utilizados na prática profissional (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de artigos e publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios para a seleção da amostra foram: que a publicação aborde, no título ou no resumo, temática investigada; estejam no intervalo publicado nos últimos dez anos (2008-2018); disponível na íntegra e no idioma português. Foram excluídos do estudo os artigos que não traziam associação com a atuação do enfermeiro na unidade básica de saúde, referente ao processo de conscientização dos pais sobre a importância e benefícios do TP. Os descritores utilizados nas buscas foram: enfermeiro, atenção primária à saúde e triagem neonatal. Após a seleção dos artigos e definição das informações a serem utilizadas, estes foram organizadas por meio de um banco de dados elaborado com o auxílio do software Microsoft Word 2010 e apresentados na forma de quadro contendo as seguintes informações: título do artigo, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo e resultado. Por fim os dados coletados foram interpretados com base na literatura.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A portaria nº822, de 6 de junho de 2001 implementou o PNTN em três fases de acordo com o nível de organização de cada estado, incluindo o rastreio para quatro doenças (Fenilcetonúria; Hipotireoidismo congênito; Doença falciforme e outras hemoglobinopatias e Fibrose cística). No ano de 2012 houve a ampliação para a quarta fase, que engloba a triagem adicional (Hiperplasia adrenal e deficiência de biotinidase) totalizando seis doenças (ARDUINI, et al 2017).

A Fenilcetonúria (PKU) é uma doença autossômica recessiva, que se caracteriza pela ausência ou deficiência de atividade da enzima fenilalanina hidroxilase, o que impede a hidroxilação da fenilalanina (phe) em tirosina (Tyr). Com os níveis da phe elevados no sangue, podem ocorrer complicações do sistema nervoso central podendo ocasionar retardo mental irreversível (ALVES, et al 2012).

O Hipotireoidismo congênito (HC) é causada pela incapacidade da glândula tireoide do recém-nascido em produzir quantidades suficientes de hormônios, tiroxina (T4) e triiodotironina (T3). Esses hormônios possuem papel primordial no crescimento, na maturação e na organogênese do sistema nervoso central, e estão relacionados com o funcionamento de vários tecidos (NASCIMENTO, 2011).

A Doença falciforme (DF) e Hemoglobinopatias é uma alteração genética de herança autossômica recessiva, causada por um defeito na estrutura da cadeia beta da hemoglobina, quando expostas a determinadas situações, como febre alta, baixa tensão de oxigênio, infecções entre outros, as hemácias passam a assumir forma de lua minguante. As hemoglobinopatias são consequência de mutações que acometem os genes reguladores produzindo um desequilíbrio quantitativo das cadeias polipeptídicas, causando as talassemias (BRASIL, 2016).

A Fibrose cística é uma doença genética autossômica recessiva grave, os pulmões e o pâncreas são os órgãos mais afetados. É causado pelo aumento da viscosidade do muco. O aumento dessa viscosidade nos pulmões bloqueia as vias aéreas que, proporciona a proliferação bacteriana, podendo ocasionar complicações como infecção crônica, lesão pulmonar e óbito por disfunção respiratória. Já no pâncreas, quando os ductos estão oclusos pela secreção espessa, há uma perda de enzimas digestivas, levando à má nutrição (BRASIL, 2016).

A Hiperplasia adrenal congênita (HAC) compõe um conjunto de síndromes transmitidas de forma autossômica recessiva, que se caracterizam por deficiências enzimáticas na síntese dos esteroides adrenais. Sendo mais comuns as: 21 hidroxilase e beta hidroxilase. Ambas estão envolvidas na rota de síntese do cortisol e da aldosterona (BRASIL, 2016).

A Deficiência de biotinidase (DB) é uma doença metabólica de herança autossômica recessiva, caracterizada por um defeito no metabolismo da biotina. Ocorre uma depleção da biotina endógena devido a uma incapacidade do organismo fazer a sua reciclagem ou de usar a biotina, é uma vitamina existente nos alimentos fornecida pela dieta normal (BRASIL, 2016).

A busca do estudo resultou na análise de 13 artigos científicos. Quanto à abordagem utilizada nos estudos, quatro são de abordagem qualitativa; cinco de abordagem quantitativa; três de natureza descritiva; um do tipo revisão integrativa da literatura.

Pode-se perceber que os eixos abordados relacionam-se com a orientação do enfermeiro na UBS em 4 artigos científicos e 9 artigos são relacionados ao conhecimento dos pais referente à importância do teste do pezinho. Destarte, duas categorias temáticas foram elaboradas: 1 - o conhecimento das mães sobre a realização do teste do pezinho e sua finalidade; 2 - a importância da realização do teste do pezinho e o papel do enfermeiro na orientação aos pais.

A seguir, as categorias foram apresentadas em quadros contendo o material empírico utilizado nesta pesquisa segundo: título, ano, tipo de estudo, objetivo, desfecho.

### **Categoria 1 - O conhecimento das mães sobre a realização do teste do pezinho e sua finalidade.**

De acordo com os descritores utilizados, foram encontrados 9 artigos que reportam o conhecimento das mães sobre o teste do pezinho e suas finalidades durante o pré-natal e puerpério conforme demonstrado no quadro a seguir:

**Quadro 1 - Descrição dos artigos incluídos na revisão que abordaram o conhecimento das mães sobre a realização do teste do pezinho e sua finalidade. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.**

| <b>TÍTULO</b>                                                                              | <b>ANO</b> | <b>TIPO DE ESTUDO</b>     | <b>OBJETIVO</b>                                                                                               | <b>DESFECHO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Triagem neonatal: O conhecimento materno em uma maternidade no interior do Paraná, Brasil. | 2011       | Descritivo Quantitativo   | Detectar e tratar precocemente doenças, que se prevenidas evitam sequelas como a deficiência mental e outras. | Diante do exposto, destaca-se a importância e necessidade de orientação das gestantes durante o pré-natal e também o preparo e educação continuada dos profissionais de saúde, fortalecendo o conhecimento sobre a triagem neonatal.                                                                                                                                       |
| Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho.                                       | 2017       | Descritivo Quantitativa   | Identificar o conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho.                                            | Das 75 puérperas, 47 (62,7%) gostariam de receber maiores esclarecimentos sobre o teste do pezinho, no período adequado, e doenças triadas no exame. Das 54 (72%) puérperas não souberam citar quais são as doenças triadas pelo teste do pezinho. O teste mostrou que as mães com maior escolaridade possuem maior conhecimento sobre a finalidade e a importância do TP. |
| Teste do pezinho: Desvelando o conhecimento das mães sobre o exame.                        | 2012       | Qualitativa               | Verificar o conhecimento que as mães adquirem durante o pré-natal e o puerpério acerca da triagem neonatal.   | Os resultados obtidos evidenciaram que a maioria das entrevistadas expressou ter algum conhecimento, mas que na realidade não é o correto, visto que desconhecem até a finalidade desse teste.                                                                                                                                                                             |
| Entendimento das Mães acerca da triagem neonatal:                                          | 2012       | Qualitativa Exploratório. | Identificar o entendimento das mães puérperas                                                                 | O estudo comprovou-se que todas as puérperas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                       |      |                                      |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| um estudo qualitativo.                                |      |                                      | acerca da triagem neonatal em um ambulatório de especialidades de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul.                  | entrevistadas haviam feito o acompanhamento pré-natal com profissional de saúde médico, porém as orientações sobre o PNTN, não lhes foi repassada. Elas não conseguiram identificar quais as doenças triadas com o programa nem mesmo como o programa de triagem funciona.                                     |
| O conhecimento de puérperas sobre a triagem neonatal. | 2011 | Descritivo de abordagem Quantitativa | Analisar o conhecimento das puérperas em relação à importância da triagem neonatal.                                        | Os resultados apontam baixa compreensão das puérperas a respeito da importância da triagem, apesar de a maioria ter conhecimento da realização do exame nos filhos; elas desconheciam a idade ideal para realizar a triagem e receberam informação de enfermeiros sobre o teste no momento da alta hospitalar. |
| Conhecimento das mães acerca do teste do pezinho.     | 2016 | Revisão integrativa da literatura.   | Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre o conhecimento das mães em relação ao teste do pezinho. | Os resultados encontrados mostraram que mães sabiam da existência do teste, ainda que superficialmente. Em todos os artigos selecionados ficou evidente a importância do profissional da saúde, principalmente da Enfermagem, no delineamento das práticas educativas propostas para as mães.                  |
| O conhecimento das mães acerca do teste do pezinho em | 2009 | Descritivo/ Quantitativa             | Identificar o conhecimento das mães dos recém-                                                                             | O conhecimento das mães é superficial referente                                                                                                                                                                                                                                                                |



|                                                                                                              |      |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| uma unidade básica de saúde.                                                                                 |      |                           | nascidos acerca do teste do pezinho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ao exame.                                                                                                                                                                                      |
| Triagem neonatal ou teste do pezinho: conhecimento, orientações e importância para a saúde do recém-nascido. | 2008 | Descritiva/ Quantitativa. | Verificar se as gestantes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior paulista receberam orientações sobre a TN ou Teste do Pezinho e sua importância para a saúde do recém-nascido. identificar em qual período gestacional as orientações foram recebidas e por qual profissional de saúde; verificar qual a expectativa das gestantes em relação ao procedimento. | Resultados encontrados, 52% das gestantes referiram não possuir conhecimento sobre o exame, 95% não conheciam o período ideal para realização do mesmo e 93% não receberam nenhuma orientação. |
| Conhecimento dos pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos                          | 2017 | Descritivo                | Verificar conhecimento de mães sobre o Teste do Pezinho,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | As mães não demonstraram conhecimento acerca das doenças que podem ser                                                                                                                         |
| Bebês-Teste do pezinho.                                                                                      |      |                           | desenvolver conteúdos sobre este teste” para disponibilizar no website “Portal dos Bebês”, avaliar e validar o material informativo desenvolvido.                                                                                                                                                                                                                                         | prevenidas, época do diagnóstico, as sequelas advindas da falta do diagnóstico e tratamento precoce.                                                                                           |

O estudo realizado por Salles e Santos (2009) revela a ausência de conhecimento de algumas mães quando questionadas sobre quais as doenças que o TP detecta, e qual a data mais adequada para a coleta do exame. O enfermeiro é primordial na educação, promoção e proteção da saúde, tem papel importante nas orientações prestadas aos pais, uma vez que este necessita buscar meios que facilite a compressão do público alvo, buscando sempre repassar as orientações de formas simples e claras para que todos possam ter uma compressão correta sobre as informações prestadas.

De acordo com o estudo de Abreu e Braguini (2011) referente ao conhecimento das mães sobre o TP, elas afirmam que receberam algumas orientações no próprio hospital na ocasião do nascimento de filhos anteriores. Quanto à finalidade do exame estas declararam ser usado para identificar doenças no bebê, ou problemas mentais. Entretanto não sabiam quais os tipos de patologias são diagnosticados ao realizar o exame. Diante desse fato o enfermeiro como educador deve orientar as gestantes durante as consultas no pré-natal a respeito do exame e enfatizar sobre os benefícios que este pode trazer a vida da criança.

O estudo realizado por AL ALAM, et al (2012) revelou um conhecimento básico das mães quando questionadas sobre qual a necessidade de se realizar o exame e quais doenças são detectadas no TP. Destaca-se também que as mães demostram ter grande interesse para saber mais informações sobre o exame, pois o conhecimento adquirido não foi suficiente para retirar suas dúvidas.

Um dos artigos que compuseram a amostra evidencia que o desconhecimento das mães decorre da falta de informações prestadas durante toda a gravidez. As puérperas chegaram a trocar o procedimento do TP de impressão plantar do recém-nascido. A maneira de como as informações é repassada pelo enfermeiro da atenção básica de saúde é um fator muito importante, pois pode aumentar a possibilidade dos pais terem um entendimento errado sobre o exame, e por qual motivo é tão importante realiza-lo ainda nos primeiros dias de vida do recém-nascido (SANTOS et al., 2011).

O estudo de Mendes, et al (2017) relata que algumas mães já haviam ouvido falar sobre o TP e que após o nascimento dos filhos estes fariam o exame, porem quando questionadas sobre o objetivo e as doenças que são identificadas através do exame, algumas não souberam responder corretamente. O TP é um exame gratuito e um direito a todas as crianças, deve ser realizado ainda no período neonatal de acordo como preconiza o PNTN.

Pode-se perceber que as orientações repassadas corretamente ainda no pré-natal tem um diferencial para o entendimento das mães, pois este é o momento mais adequado para o discernimento, ponderação e aprendizado da gestante referente aos cuidados após o nascimento de seu filho. É de extrema importância que o enfermeiro busque meios que facilite a compreensão dos pais, pois na maioria das vezes são pessoas leigas ou que estão em sua primeira gestação, e com isso tende a ter várias dúvidas. Cabe a este profissional esclarecer todas às dúvidas a respeito da realização

do exame, com isso garantindo a qualidade de vida para o recém-nascido e prevenindo agravos (AL ALAM et al., 2012).

## **Categoria 2 – A importância da realização do teste do pezinho e o papel do enfermeiro na orientação aos pais**

Nesta categoria, foram analisados e discutidos 4 artigos relacionados ao papel do enfermeiro junto aos pais na orientação acerca da importância do teste do pezinho conforme demonstrado no quadro a seguir:

### **Quadro 2 – Descrição dos artigos incluídos na revisão que abordaram a importância da realização do teste do pezinho e o papel do enfermeiro na orientação aos pais. João Pessoa, PB, Brasil, 2018.**

| <b>TÍTULO</b>                                                                                                     | <b>ANO</b> | <b>TIPO DE ESTUDO</b>                      | <b>OBJETIVO</b>                                                    | <b>DESFECHO</b>                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A Importância da Realização Precoce do Teste do Pezinho: O Papel do Enfermeiro na Orientação da Triagem Neonatal. | 2017       | Exploratórias/D escritivas e Qualitativas. | Verificar a importância da realização precoce do teste do pezinho. | Enfermeiro que tem contato direto com a gestante durante o pré-natal deve enfatizar quanto à orientações sobre a importância da realização do “testado pezinho”, devido sua grande importância.                                         |
| Teste do pezinho e o papel da Enfermagem: uma reflexão.                                                           | 2016       | Descritivo/Reflexivo                       | Refletir e re(pensar) a atuação da Enfermagem no Teste do Pezinho. | A literatura mostra:<br>1) fragilidades na atuação desses profissionais em Triagem Neonatal e 2) entendimento limitado das mães sobre o teste, que pode ser reflexo da atuação inadequada da Equipe de Enfermagem na Educação em Saúde. |

|                                                                          |      |                                       |                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teste do Pezinho: conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem | 2014 | Exploratório/ Descritivo              | Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o Teste do Pezinho e sua atitude em relação a esse exame realizado em neonatos. | Os enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados têm um conhecimento superficial sobre a triagem neonatal e alguns conhecimentos e atitudes equivocados relativamente à realização do Teste do Pezinho.                                                                                   |
| Triagem neonatal: (RE) pensando a prática de Enfermagem.                 | 2013 | Exploratório/ Descritivo Qualitativa. | Conhecer as orientações acerca da triagem neonatal, compartilhadas pelos enfermeiros com pais/mães.                                              | Evidenciou-se que os enfermeiros preocupam-se em orientar os cuidadores acerca de todas as etapas da triagem neonatal, mas poucos demonstram utilizar estratégias para favorecer o conhecimento dos pais/mães sobre a importância do Teste do Pezinho, e poucos o enfocam durante o pré-natal. |

O estudo realizado por Acosta, Strefling e Gomes (2013) evidenciou uma quantidade mínima de profissionais que demonstram ter interesse em traçar estratégias no intuito que as mães/pais tenham uma melhor compreensão sobre o TP. Esse artifício é sobre as orientações individualizadas, derivando do discernimento prévio e da capacidade de absorção referente às informações repassadas aos pais. Destacou-se também a importância de orientar os pais a procurar o resultado do exame, pois este é tão importante bem como a sua realização, em casos de confirmação positiva o tratamento deverá ser realizado o mais precocemente possível.

Após um estudo elaborado por Reis e Partelli (2014) observou-se a falta de conhecimento da equipe de enfermagem quando perguntados sobre as doenças que são diagnosticadas no TP. Por este motivo, fica evidente que a falta de qualificação dos profissionais de enfermagem pode promover consequência na qualidade do seu atendimento, visto que o profissional não tenha o conhecimento necessário para retirar dúvidas e orientar sobre o procedimento que será realizado poderão ocasionar medo e incerteza para a família.

Ainda de acordo com o estudo Reis e Partelli (2014) as orientações sobre os cuidados com o bebê devem ser feitas em todas as consultas durante o pré-natal até o retorno da mãe na unidade de saúde. O enfermeiro deve ter uma visão ampla e

aproveitar cada momento realizando atividades como palestras, curso de gestante, entre outros. Para orientar e retirar as dúvidas antes mesmo da chegada ao hospital.

O enfermeiro tem participação primordial no PNTN, pois cabe ao profissional como educador orientar as gestantes que após a alta do hospital, a mãe deverá levar o RN para fazer o TP (OLIVEIRA; SOUZA, 2017).

O estudo realizado por Marqui (2016) evidencia que mesmo os enfermeiros sabendo da grande importância e benefícios que o TP traz para a saúde do recém-nascido, observa-se que este permanece ainda em segundo plano, quando se refere à amamentação, apesar de ser um dos cuidados importante para o desenvolvimento da criança. Porém a falta de informações prestadas aos pais poderá intervir na realização do exame de forma negativa. Os resultados obtidos revelam que para haver prevenção é necessário qualificação e estímulo principalmente do enfermeiro. Cabendo ao profissional de saúde fazer uma reflexão sobre a sua atuação no seu papel social, buscando constantemente por capacitação para prestar uma melhor assistência no seu dia a dia.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu compreender a importância da atuação do enfermeiro na UBS e o conhecimento dos pais sobre o teste do pezinho. Foi possível constatar, por meio dos estudos analisados a importância e benefícios do exame na vida da criança quando este é realizado ainda no período neonatal. Também foi possível perceber que o enfermeiro tem papel diferenciado no programa, pois, é através dele que os pais recebem as primeiras orientações ainda no período gestacional. Contudo, algumas pesquisas revelam que apesar do exame ser primordial na vida da criança, ainda existe falhas quando se trata da divulgação, informação e orientação, visto que os profissionais parecem estarem limitados quanto a esta necessidade.

A educação contínua na saúde é fundamental para a qualidade no atendimento nas consultas de enfermagem, isso se faz através de cursos de atualização, ampliando o conhecimento do enfermeiro para haver mudanças na conduta sobre o Teste do Pezinho.

Uma das limitações do trabalho foi a carência de artigos publicados nos últimos dez anos sobre o tema abordado. Esta revisão integrativa possibilitará a elaboração de futuros estudos a respeito da importância e orientações do enfermeiro na UBS, em

propagar as informações completas aos pais sobre o TP e suas possíveis complicações.

Diante disso compreende como é importante ofertar capacitações para os profissionais de saúde se qualificar e aprimorar seus conhecimentos técnicos científicos, uma vez que, é a partir das ações educativas que o enfermeiro será conscientizado e sensibilizado sobre seu papel diante a sociedade, contribuindo para a redução de diagnósticos tardios, prevenindo sequelas e ofertando tratamento precoce para as crianças diagnosticadas com algum agravo.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Isabella Schroeder; BRAGUINI, Welligton Luciano. Triagem neonatal: o conhecimento materno em uma maternidade no interior do Paraná, Brasil. **Revista Gaúchade Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 596, 2011.

ACOSTA, Daniele Ferreira; STREFLING, Ivanete da Silva Santiago; DE OLIVEIRA GOMES, Vera Lucia. Triagem Neonatal:(re) pensando a prática de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 2, p. 572-578, 2013.

AL ALAM, Andressa Costa et al. Entendimento das Mães acerca da triagem neonatal: um estudo qualitativo. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 75-81, 2012.

ALVES, Michelle RA et al. Estado nutricional e ingestão de selênio em crianças com fenilcetonúria em Minas Gerais, Brasil. **J. Pediatr. [Periódico na Internet]**, v. 88, n. 5, p. 396-400, 2012.

ARDUINI, Giovanna Abadia Oliveira et al. Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 2, 2017.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>. Acesso em: 20 abril. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

LEAL, Yriana Rodrigues; NETA, Maria Helena Moura Pereira; ROCHA, Silvana Santiago. Newborn screening: knowledge and contributions of nursing team/Triagem neonatal: conhecimentos e contribuições da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 1, p. 16-21, 2013.

LEÃO, Letícia Lima; AGUIAR, Marcos José Burle de. Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 4, 2008.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó. Teste do pezinho e o papel da enfermagem: uma reflexão. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.

MENDES, Caroline Antonelli et al. Conhecimento de pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês-Teste do pezinho. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 4, p. 475-483, 2017.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p.758-764, 08 out. 2008.

NASCIMENTO, Marilza Leal. Situação atual da triagem neonatal para hipotireoidismo congênito: críticas e perspectivas. **Rev Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 55, n. 8, p. 55-8, 2011.

OLIVEIRA, Eva Fernandes; SOUZA, Anderson Pereira. A Importância da Realização Precoce do Teste do Pezinho: O Papel do Enfermeiro na Orientação da Triagem Neonatal. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 11, n. 35, p. 361-378, 2017.

PASQUALIN, Luiz. **Manual de Procedimentos para Postos Municipais de Coleta do Teste do Pezinho**. Ribeirão Preto, 2008.

REIS, Elisama Ferraz Sousa; PARTELLI, Adriana Nunes Moraes. Teste do Pezinho: conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa emSaúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 16, n. 1, 2014.

SALLES, Margherita; Meneses dos SANTOS, Inês Maria. O conhecimento das mães acerca do teste do pezinho em uma unidade básica de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado éFundamental Online**, v. 1, n. 1, 2009.

SANTOS, Edíalida et al. O conhecimento de puérperas sobre a triagem neonatal. **RevCogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, 2011.

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

## **RISCOS OCUPACIONAIS QUE OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ESTÃO EXPOSTOS NA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO**

### **OCCUPATIONAL RISKS THAT NURSING WORKERS ARE EXPOSED IN THE STERILIZED MATERIAL EXCHANGE**

Débora Raffaella Cruz Costa<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba. E-mail: raffaeladebora@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela UNICSUL. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [teresacristinaleal@hotmail.com](mailto:teresacristinaleal@hotmail.com). Link do currículo:

## RESUMO

A central de materiais e esterilização (CME) é uma unidade vital e fundamental do contexto hospitalar, tendo como função prover materiais livres de contaminação para serem utilizados nos mais variados procedimentos hospitalares. Esse estudo tem como objetivos, identificar quais os riscos ocupacionais existentes na CME e os riscos a que os profissionais de enfermagem estão expostos e fornecer orientação sobre a importância do uso adequado dos equipamentos de proteção individual. Este estudo trata-se de uma revisão da literatura narrativa que visa reunir dados a fim de explicar o real motivo para tantas doenças ocupacionais que podem ocorrer por falta de treinamento adequado e uso dos EPI'S, sendo a mesma realizada no 2º semestre de 2018. Todos os profissionais de enfermagem estão expostos a acidentes com material perfuro cortantes e expostos a riscos ocupacionais, o que faz necessário estudos que detectem as causas destes acidentes e as consequências para essas pessoas, assim possibilitando a elaboração de ações que reduzam estes riscos, desta maneira, os riscos ocupacionais oriundos da CME comumente são de origem biológica, ergonômica, física, acidentes e químicos, dos quais poderão acarretar prejuízos à salubridade dos profissionais da saúde que estão ligados ao Centro de Materiais e Esterilização.

**Palavras-chave:** Enfermagem riscos ocupacionais, Central de material e esterilização. Acidentes ocupacionais

## ABSTRACT

The material and Sterilization Center (CME) is a vital and fundamental unit of the hospital context, having as its function to provide materials free of contamination to be used in the most varied hospital procedures. This study has as its general and specific objective, to identify which occupational risks exist in the CME and the risks to which nursing professionals are exposed, guidance on the importance of adequate use of personal protective equipment. This study is a review of the narrative literature that aims to gather data in order to explain the real reason for so many occupational diseases that can occur due to lack of adequate training and use of PPE'S, a research conducted in the second semester of 2018. All nursing professionals are exposed to accidents with piercing material and exposed to occupational hazards, which makes necessary studies that detect the causes of these accidents and the consequences for these people, thus enabling the elaboration of actions that reduce these risks, in this way, the occupational risks arising in the CME are commonly of biological origin, ergonomic, physical, accident and chemical, which may cause harm to health professionals' health that are linked to Materials and Sterilization Center.

**Keywords:** Nursing occupational risks, Central material and sterilization. Occupational accidents.



## 1 INTRODUÇÃO

Os trabalhadores que exercem suas atividades na central de material esterilizados (CME) têm o compromisso na defesa contra as inúmeras doenças do âmbito hospitalar, com o intuito de diminuir os microrganismos que estão inseridos nos instrumentos e insumos dos profissionais de saúde (PEZZI; LEITE, 2010). A CME conta com a preconização de ações desempenhando o processo de artigos para a vitalidade e prevenções (BRASIL, 2012). Os riscos ocupacionais presentes na CME são: biológico, ergonômico, físico, químicos, mecânico ou de acidentes.

O risco biológico está relacionado a bactérias, vírus, protozoário, fungos, bacilos, parasitas e esporos. O ergonômico envolve má postura na execução de suas atividades repetitivas e monótonas, problemas ergonômicos. O físico se relaciona a ruídos, vibrações, calor, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, umidade e frio (BRASIL, 2014). O risco de acidentes decorre do ambiente físico e do processo de trabalho e condições tecnológicas, impróprias, capazes de provocar lesões à integridade física do trabalhador. O químico está relacionado a substâncias químicas que se encontram nas formas líquida, sólida e gasosa. Quando absorvidas pelo organismo, podem produzir reações tóxicas e danos à saúde (BRASIL, 2014).

Segundo Ribeiro e Vianna (2012), os riscos ocupacionais na central de material esterilizado (CME) podem estar relacionados o uso inadequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), pois o profissional poderá estar exposto aos seguintes riscos ocupacionais: contaminação por respingos de sangue pelo manuseio de artigos, secreções corpóreas, e acidentes percutâneos.

Os equipamentos de proteção individual (EPIs) e os equipamentos de proteção coletiva asseguram condições para a proteção pessoal e coletiva com a função de viabilizar a prevenção de riscos de contaminação com material biológico e demais riscos ocupacionais (CAMARA et al., 2011). Com isso, é de extrema importância a atuação do enfermeiro na CME. Nesse setor é notória a necessidade das rotinas, que são estabelecidas por esse profissional. Além disso, promover um trabalho qualificado com eficiência nos serviços de esterilização, acarreta meios de segurança, o que impede infecções cruzadas no âmbito hospitalar (OURIQUES; MACHADO, 2013).

Tendo em vista a importância da equipe de enfermagem no reestabelecimento da saúde do paciente, além do risco potencial de contaminação paciente/profissional,

VALENÇA et al, 2013, relatam que é possível compreender que os trabalhadores de enfermagem estarão expostos a determinados riscos e doenças ocupacionais, comprometendo não somente a qualidade da assistência prestada por esses profissionais, quanto sua própria qualidade de vida, sendo inevitável se fazer prática constante do uso de EPIs por toda a equipe, além de obter meios que possibilite alternativas para eliminação dos agravos.

A relevância da CME para uma instituição é indiscutível para a execução das atividades de limpeza, desinfecção e esterilização adequadas dos materiais. Como em outros setores do hospital, a CME também incorporou, nos dias atuais, a presença da tecnologia, inovando nos processos de desinfecção e esterilização dos materiais, equipamentos e insumos em tempos mínimos. As características de trabalho do CME são distintas de outras unidades do hospital (GIL; CAMELO; LAUS, 2013).

Diante do impacto das atividades laborais na CME na saúde dos trabalhadores deste setor, sobretudo de enfermagem, entende-se que eles estão expostos a graves riscos ocupacionais e precisam utilizar medidas de proteção e controle para esses riscos, tais como os EPIs adequados e meios que possibilite a eliminação de agravos que possa comprometer a saúde dos profissionais, além de uma gestão que vise à segurança desses profissionais (ALVES, et al 2017).

Os Centros de Material e Esterilização devem possuir capacidade técnica operacional indispensável, tanto física como de recursos humanos e materiais, para que se possa efetuar o serviço, atendendo a demanda necessária, os diferentes tipos de materiais processados, bem como suas classificações (SILVA, 2011).

Classificação proposta pela ANVISA, por meio da RDC nº 15, de 15 de março de 2012, que regulamenta os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. A CME classe I é aquela que “realiza o processamento de produtos para a saúde não crítico, semicríticos e críticos de conformação não complexa passíveis de processamento”. A CME classe II é aquela que “realiza o processamento de produtos para a saúde não críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa passíveis de processamento”. Assim a CME só poderá processar produtos que sejam compatíveis com sua capacidade técnica operacional e de acordo com a sua classificação (SOBECC 2013).

Diante desse estudo surgiu a seguinte pergunta norteadora: porquê ocorrem os riscos ocupacionais entre profissionais de enfermagem na CME e como fazer para evita-los?

Além disso, com todo o exposto, o objetivo principal deste trabalho é apresentar os riscos e desafios enfrentados pelos profissionais que trabalham no centro de material esterilizado, reunindo informações suficientes para entender quais são os riscos ocupacionais e desafios que ocorrem dentro de um CME.

Teve também como objetivos específicos descrever a finalidade dos riscos ocupacionais entre profissionais de enfermagem em uma CME; identificar os riscos ocupacionais e minimizar a exposição com a utilização adequada dos EPI'S, identificar as normas regulamentadoras existentes que devem ser levadas ao conhecimento de todo e qualquer trabalhador que laboram com as atividades prevencionistas.

## **2 METODOLOGIA**

Objetivando obter uma revisão bibliográfica, que buscasse embasamento teórico em diversos autores e obras que tratam do assunto, de modo a colaborar com a proposta da pesquisa, primeiramente, procuraram-se os conceitos e as definições acerca do tema núcleo da pesquisa, qual seja o Centro de Materiais de Esterilização (CME) e dos riscos ocupacionais existentes, bem como seu histórico e evolução ao longo do tempo. Este estudo é uma revisão da literatura narrativa que visa reunir dados a fim de explicar o real motivo para tantas doenças ocupacionais que podem ocorrer por falta de treinamento e uso dos EPI'S adequado.

Segundo Rother (2007) esse tipo de revisão viabiliza a obtenção e atualização do conhecimento de certo tema em pouco espaço de tempo. Segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica. Porém não possuem suporte para metodologia de reprodução de dados quantitativos de pesquisa.

Para a realização da revisão de pesquisa no 2º semestre de 2018, foi utilizada a base bibliográfica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google acadêmico, utilizando as seguintes palavras chave: CME, riscos ocupacionais, centros cirúrgicos, RDC 307 ANVISA, RDC nº15, buscando artigos publicados nos idiomas em português entre os anos 2007 a 2017.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

#### 3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO

O Centro de Material Esterilizado tem uma história que vem acompanhando os procedimentos cirúrgicos, com o objetivo de defender melhores condições aos procedimentos mais invasivos nos cuidados cirúrgicos e pós-cirúrgicos. Mesmo com os objetivos e finalidades bem definidas, esses centros não eram unidades independentes dentro de um estabelecimento de assistência a saúde (EAS) antigamente, não possuíam a liberdade que possuem hoje. Eles eram considerados uma seção do centro cirúrgico que era responsável por esterilizar e processar os materiais necessários para dar suporte a todos os pacientes hospitalares ou até mesmo aos pacientes ambulatoriais (LENNINGTON, 1954).

Em meados do século XVIII, segundo Foucault, os centros de saúde eram destinados à prestação de política assistencialista, ajudavam os mais necessitados, doentes e órfãos. No final deste século, os estabelecimentos de saúde começaram a se preocupar com a cura e tratamento de doenças (FOUCAULT, 1982). E mesmo assim, os clínicos ainda receavam operar o corpo humano, uma vez que eram uma incógnita para eles, devida as infinitas complexidades e pouco avanço na tecnologia.

Com o passar do tempo, no início do século XIX, quando não era mais possível esperar, a única saída para libertar os pacientes da dor e sofrimento eram as cirurgias, além disto, os profissionais ainda enfrentavam outros dois grandes desafios, a hemorragia e infecção. Assim, os operadores da saúde possuíam um rol restrito de cirurgias, que delimitavam em amputação de membros, drenagem de abscessos e extirpação de tumores em que não era necessário abrir cavidades, como por exemplo os tumores nas mamas. Esses procedimentos eram realizados em qualquer local, sem preocupação alguma com as condições de assepsia e insalubre (THORWALD, 1976). No final do século XX, com o crescente avanço das técnicas e procedimentos cirúrgicos e anestésicos, viu-se a necessidade de avanços nos materiais e instrumentos utilizados para tais fins (CARVALHO, 2015).

A medida que as técnicas cirúrgicas foram se desenvolvendo, após as descobertas anestésicas, de procedimentos da hemostasia e da assepsia cirúrgica, as operações não poderiam mais ser realizadas apenas com as habilidades das mãos do

médico e pouco instrumentos. A partir daí foram sendo criados materiais cirúrgicos, aumentando consideravelmente a distinção dos materiais de apoio às cirurgias (THORWALD, 1976).

Com isso, foi necessária a implantação de alguém responsável pelas tarefas de processamento e limpeza dos materiais cirúrgicos, bem como da realização de um local onde essas tarefas pudessem ser feitas (JOUCLAS, 1987).

Já no final do século XX, com o crescente desenvolvimento das técnicas e conhecimentos cirúrgicos, os materiais de apoio a estas foram evoluindo e tornando-se cada vez mais complexos, requerendo para sua esterilização e manuseio um pessoal mais preparado e qualificado para tal demanda. Em decorrência disso, houve necessidade também de um local para centralizar as atividades de processamento, guarda e distribuição desses materiais. Nasce assim os Centros de Material e Esterilização. Os centros hospitalares passaram a organizar essas seções independentes dos Centros Cirúrgicos (CC). No Brasil, até pouco tempo atrás não era incomum encontrar o CME em conjunto com o CC, tendo como responsável uma única enfermeira que respondia pelos dois departamentos. Hoje esse tipo de união de responsabilidades não é admissível, uma vez que os procedimentos aplicados nessas duas áreas são distintos, tendo necessidade de especialização própria para cada uma delas (SILVA, 1996).

Dessa forma, podemos ver que o responsável pelo CME deve ser um enfermeiro devidamente registrado no órgão de classe, apto para desenvolver tal responsabilidade. Nos dias atuais, os CME são formados com equipamentos modernos e sofisticados, permitindo a realização de procedimentos do setor de maneira mais eficaz. Em relação aos profissionais estão cada vez mais capacitados, sendo o responsável pelo setor, um enfermeiro com especialização na área (CARVALHO, 2015).

### 3.1.1 Finalidades e objetivos do Centro de Material Esterilizado

O CME é o setor que é responsável pelo preparo, distribuição e controle dos materiais hospitalares, e tem como objetivo prezar pela quantidade e qualidade dos materiais utilizado sem todo o centro hospitalar, para que os pacientes tenham uma assistência adequado, por isso o CME deve ser o cartão de visitas de uma unidade médica (BULECHEK; DOCHTERMAN, 2010).

Doenges e Moorhouse (2008), afirmam que, conforme a RDC nº 307 do Ministério da Saúde, o CME é o setor responsável por:

- <sup>2</sup> Receber, desinfetar e separar os artigos que requerem reprocessamento;
- <sup>2</sup> Lavar os artigos de maneira cuidadosa e sistemática;
- <sup>2</sup> Receber as roupas provenientes da lavanderia;
- <sup>2</sup> Empacotar os artigos a serem reprocessados e as roupas a serem esterilizadas;
- <sup>2</sup> Esterilizar os artigos e as roupas, por meio de métodos adequados;
- <sup>2</sup> Realizar controle microbiológico e de validade dos artigos esterilizados;
- <sup>2</sup> Armazenar e distribuir os artigos e as roupas esterilizados para outras unidades;
- <sup>2</sup> Zelar pela proteção e pela segurança dos pacientes e dos funcionários.

Isso sem constar as atividades técnico-administrativas realizadas no CME, que também fazem parte do quadro de responsabilidades dos colaboradores desse setor principalmente do enfermeiro. Assim, também se inclui como responsabilidades dos funcionários dos CME: planejamento, organização, coordenação, orientação e supervisão de todas as atividades realizadas no setor, além de realização de escalas, treinamento e educação continuada (CARVALHO, 2015). Autores como Tanner (2006) e Bulechek e McCloskey (2000) com ampla experiência, aumentaram esse quadro exemplificativo de atividades recomendado pelo Ministério da Saúde, entendendo que, além daquelas, também é função do CME:

- Controlar os artigos, esterilizados ou não, a fim de facilitar seu controle, sua manutenção e sua conservação;
- Padronizar técnicas de limpeza, preparo, desinfecção, esterilização e acondicionamento de materiais, assegurando economia de tempo, material e pessoal;
- Distribuir os artigos para todas as unidades hospitalares consumidoras;
- Treinar os funcionários na realização de atividades específicas do setor;
- Aumentar a segurança no uso de artigos reprocessados, por meio do controle dos processos, do consumo, da qualidade e das técnicas de esterilização;
- Manter estoque de materiais, de modo a atender prontamente às necessidades das unidades consumidoras;
- Favorecer o ensino e o desenvolvimento de pesquisas na área.

Desta forma, não devemos limitar o intuito desse setor somente à limpeza, preparação, esterilização, armazenagem e distribuição dos materiais. Mas sim ter essa unidade com uma visão mais ampla, incluindo as atividades de precaução e provisão de materiais, o controle de todos os procedimentos realizados no Centro, bem como as responsabilidades na segurança dos funcionários que ali atuam, e dos clientes fins dos serviços prestados por aquele (CARVALHO, 2015).

### 3.1.2 Setores e áreas que compõem o Centro de Material Esterilizado

Os setores estão ligados à existência de instrumentos sujos ou limpos, ou seja, a possibilidade de condução de organismos que podem contaminar outros usuários futuros, bem como os colaboradores que os manuseiam. Dito isso, os setores são classificados em área contaminada, que é o local preparado para receber artigos sujos ou contaminados e realizar o processo de descontaminação preliminar e lavagem dos materiais; e área limpa, que é o local próprio para a desinfecção, secagem, preparo, estocagem esterilização, controle e distribuição dos materiais (CARVALHO, 2015).

As áreas que formam o CME são divididas em quatro áreas de acordo com a atividade exercida:

- Expurgo: destinada a receber, fazer a descontaminação prévia e realizar a limpeza do material utilizado em toda a instituição. Deve ser provida de equipamentos, aparelhos, instalações hidráulicas e elétricas apropriadas que favoreçam a realização dessas atividades, além de ter disponíveis todos os equipamentos de proteção individual EPI que devem ser utilizados obrigatoriamente pelos funcionários durante todo o tempo em que estiverem manipulando os artigos contaminados;
- Preparo e acondicionamento: são realizadas as atividades de identificação, inspeção, seleção e acondicionamento dos materiais para serem desinfetados ou esterilizados. Todo o material a ser preparado para esterilização deve ser minuciosamente revisado, selecionado e inspecionado antes de ser colocado em invólucros próprios a cada processo. Para tanto, deve ter boas condições de iluminação e contar com mobiliários que proporcionem funcionalidade e conforto para a equipe;
- Esterilização destinada instalação de diferentes equipamentos utilizados para esterilização dos diversos tipos de materiais termorresistentes

ou termossensíveis, seja por métodos físicos ou físico-químicos. Por ser uma área quente e úmida em decorrência das autoclaves, deve contar com sistema próprio de ventilação e ar condicionado. É primordial que a instituição possa garantir que o material esteja realmente estéril, e não que apenas tenha passado pelo processo de esterilização;

- Guarda e distribuição destinada ao armazenamento e distribuição do material limpo, desinfetado ou esterilizado para todas as unidades do hospital. A sala deve ter armários fechados para o material de maior permanência e suportes com cestos para aqueles de distribuição diária, que geralmente é feita pelo sistema de troca e em horário conveniente instituição. Essa área deve ser fechada, com controle restrito de entrada e saída de pessoas, sistema de renovação de ar exaustor, temperatura ambiente entre 18 e 25°C e umidade relativa entre 35 e 70%(CARVALHO, 2015).

### 3.2 RISCOS OCUPACIONAIS

O ambiente do Centro de Material e Esterilização (CME) é considerado como um dos setores dentro do campo hospitalar em que as práticas específicas de processamento dos artigos ou produtos subsequentes, particularmente das intervenções clínicas e cirúrgicas, aproximam e tornam os profissionais de Enfermagem mais vulneráveis aos acidentes ocupacionais (AQUINO et al., 2014).

Os riscos ocupacionais têm origem nas atividades insalubres e perigosas, aquelas de que natureza, condições ou métodos de trabalho, bem como os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente hospitalar podem provocar efeitos adversos à saúde dos profissionais (MAURO et al., 2004). Essa exposição contínua e múltipla pode promover a enfermidade dos trabalhadores e acarretar prejuízos às instituições de saúde empregadoras e as instituições governamentais, podendo interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários, uma vez que, o estado de saúde do trabalhador interfere diretamente no desenvolvimento das suas atividades trabalhistas (ALMEIDA; TORRES; SANTOS, 2012).

#### 3.2.1 Riscos de Acidentes



Também conhecidos como riscos mecânicos, são aqueles que colocam o trabalhador em perigo ou ferem a integridade física ou moral do funcionário, na constância do expediente de trabalho. São exemplos disso um corte ou alguma escoriação em alguma parte do seu corpo, queimadura, choques elétricos, entre outras lesões (BARSANO; BARBOSA, 2014).

### 3.2.2 Riscos Químicos

São os riscos que envolvem exposição química de produto ou compostos que de alguma forma, crônica ou acidental, podem entrar em nosso organismo, podendo causar efeitos como o câncer, doenças sistêmicas, mutações entre outras (BARSANO; BARBOSA, 2014).

A Norma Regulamentadora nº 9 do MTE, que rege o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), dispõe que agentes químicos são: [...] as substâncias, compostos ou produtos que possam adentrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, nevoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão.

### 3.2.3 Riscos Físicos

Tais riscos são derivados dos maquinários, materiais e estrutura corpórea que compõem o ambiente laboral que podem trazer malefícios à saúde do funcionário. Essa categoria é exemplificada por: ruídos, vibrações, pressões anormais, radiações ionizantes e não ionizantes, umidade, calor e frio (BARSANO; BARBOSA, 2014). De maneira bem didática Santos (2017), relatou os riscos físicos e suas consequências, conforme apresentados no Quadro 1.

| <b>RISCO FÍSICO</b> | <b>CONSEQUÊNCIAS</b>                                                                                                                                                                     |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ruídos              | Cansaço, irritação, dores de cabeça, diminuição da audição, aumento da pressão arterial, problemas do aparelho digestivo, taquicardia e perigo de infarto.                               |
| Vibrações           | Cansaço, irritação, dores nos membros, dores na coluna, doença do movimento, artrite, problemas digestivos, lesões ósseas, lesões dos tecidos moles, lesões circulatórias, entre outros. |

|                      |                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Calor                | Taquicardia, aumento de pulsação, cansaço, irritação, intermação (afecção orgânica produzida pelo calor), prostração térmica, choque térmico, fadiga térmica perturbações das funções digestivas, hipertensão, entre outros. |
| Radiações ionizantes | Alterações celulares, câncer, fadiga, problemas visuais, acidentes de trabalho.                                                                                                                                              |
| Não ionizantes       | Queimaduras, lesões nos olhos, na pele e nos outros órgãos.                                                                                                                                                                  |
| Umidade              | Doenças do aparelho respiratório, quedas, doenças na pele, doenças circulatórias.                                                                                                                                            |
| Frio                 | Fenômenos vasculares periféricos, doenças do aparelho respiratório, queimaduras pelo frio.                                                                                                                                   |

**Quadro 1** –Riscos físicos e suas consequências conforme previstos na NR9.

## .2.4 Riscos Biológicos

Esse tipo de risco existe em praticamente todos os locais em que esses agentes (fungos, vírus, bactéria, e esporos) estão presentes, lugares esses que não dependem da vontade ou ação humana para que esses organismos estejam, como hospitais, serviços de esgoto. habitualmente vemos acidentes causados com agulhas injetáveis em centros médicos no tratamento de pacientes com AIDS, contaminações em coletores de lixo residencial e outros serviços que envolvem fungos e bactérias (BARSANO; BARBOSA, 2014).

## 3.2.5 Riscos ergonômicos

Essa classificação de risco é aquela que pode gerar problemas psicológicos e fisiológicos. Exemplos disso são: estímulo corporal desmedido, imposição de postura errada, exagero na cobrança de produtividade, repetição de turnos, entre outros (BARSANO; BARBOSA, 2014). A NR 17 tem como objetivo o estabelecimento de medidas para evitar os riscos ergonômicos adaptando o trabalho às limitações do trabalhador.

## 3.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO DOS ACIDENTES OCUPACIONAIS

Trabalhadores de centros médicos são submetidos aos riscos ocupacionais o tempo todo principalmente de material biológico contaminado como sangue e fluidos corporais (SARQUIS, 2008). Para abrandar esses riscos diversas medidas de Precauções Padrões (PP) são recomendadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Emprego, dentre elas incluem-se a capacitação para a

prevenção adesão e o uso de Equipamentos de Proteção Individual bem como a simples assepsia das mãos (BRASIL, 2008)

### 3.4 NORMAS REGULAMENTADORAS

Caso a empresa não possua normas regulamentadoras próprias, existem as normas regulamentadoras gerais do MTE. As Normas Regulamentadoras possuem 12 exigências mínimas para prevenir acidentes no ambiente laboral, e possíveis doenças ocupacionais. Essas normas não podem ficar limitadas ao conhecimento dos engenheiros de segurança do trabalho da empresa, mas devem ser levadas ao conhecimento de todo e qualquer trabalhador que trabalham com as atividades prevencionistas (ZOCCHIO, 2002).

Duas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego merecem destaque por relacionar-se com as demais, as NR-7 e NR-9. A NR-7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSC), que dispõe sobre a atuação da medicina do trabalho na promoção e na preservação da saúde da população do estabelecimento; a NR-9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que dispõe sobre a obrigatoriedade da elaboração e da implementação do programa visando à conservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores (ZOCCHIO, 2002).

A NR-7 estabelece a necessidade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), objetivando promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Ela traz princípios mínimos que devem ser implementados no PCMSO, que podem ter seu rol ampliado pela convenção dos trabalhadores e empregadores (BARZANO, 2015).

Os requisitos estabelecidos pela NR-9 são gerais e mínimos, podendo ser desenvolvidos com negociações coletivas de trabalho. Visando a efetividade do PPRA, essa norma diz que a empresa deve implementar medidas de avaliação para analisar o real cumprimento dos passos e metas previstas assegurando ao trabalhador o direito de acesso à informação e participação na elaboração das normas coletivas bem como acompanhar sua execução (MIRANDA; DIAS, 2004).

#### 3.4.1 Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Equipamentos de Proteção Individual (EPI), são os acessórios de uso particular que visam proteger a saúde física do trabalhador, nesses procedimentos estão inclusas luvas, protetores oculares ou faciais, protetores respiratório, aventais e proteção para os membros inferiores. Conforme a recomendação de diferentes órgãos ligados à saúde laboral, os empregadores são obrigados a fornecer os EPI adequados ao risco que o profissional está exposto e a realizar no momento da admissão do funcionário e de forma periódica, programas de treinamento dos profissionais quanto à correta utilização. São frequentes os acidentes causados no decorrer de cirurgias, comumente os profissionais da saúde utilizam os dedos para segurar os tecidos para suturar cortes por meio da palpação da ponta da agulha no dedo.

Dessa forma, luvas cirúrgicas com reforço na ponta dos dedos amenizam o risco desses materiais perfurocortantes entrarem em contato com o operador do instrumento (FAGUNDES, 2017).

| EPI Sala/área                      | Óculos de Proteção | Máscara | Luvas                | Avental Impermeável Manga longa | Protetor Auricular | Calçado fechado            |
|------------------------------------|--------------------|---------|----------------------|---------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Recepção                           | X                  | X       | X                    | X                               | X                  | Impermeável Antiderrapante |
| Limpeza,                           | X                  | X       | Borracha, cano longo | X                               | X                  | Impermeável Antiderrapante |
| Preparo, Acondicionamento Inspeção | X                  | X       | X                    | X                               | Se necessário      | X                          |
| Desinfecção Química                | X                  | X       | Borracha, cano longo | X                               | X                  | Impermeável Antiderrapante |

**Quadro 2** - Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a sala/área

### 3.4.2. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, conhecida como CIPA, é regulamentada pela NR-5 do MTE. Ela é considerada uma das medidas mais importantes na prevenção dos acidentes ocupacionais. Os elementos que a compõem recebem o treinamento previsto pela Norma Regulamentadora nº 5 do Ministério do Trabalho e Emprego, e propagam o conhecimento conquistado pelo curso com os demais colaboradores do ambiente laboral, tendo em vista que corriqueiramente trabalham juntos, em varias possibilidades, em ambientes insalubres e precários, sendo expostos à vários riscos (BARZANO, 2015).

Entre as outras várias atribuições do órgão intra-organizacional, ressalta a identificação dos riscos no ambiente laboral, e a elaboração de mapas de riscos elencando o maior número possível de trabalhadores (MEDEIROS; BEZERRA; SOUZA, 2011).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu compreender que o Centro de Material e Esterilização (CME) é considerado o coração de um centro hospitalar, uma unidade essencial para a qualidade dos serviços da saúde, tendo em vista que o ambiente hospitalar é bem suscetível à disseminação de infecções e com riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, e com os riscos ocupacionais existentes a que os profissionais de enfermagem que laboram no setor estão expostos, que podem ser reduzidos com o cuidado e observação de algumas medidas preventivas que são o uso dos EPIS obrigatório, treinamentos sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção individual e coletiva, medidas com o cuidado do manuseio dos artigos.

O estudo teve como objetivo trazer informações que realmente existem os riscos ocupacionais a que os enfermeiros estão expostos no seu dia a dia de trabalho no setor da CME e que existem medidas de prevenção e disciplinas com o uso correto dos equipamentos de proteção individual e coletiva para minimizar essas exposições e assim lhes dar uma boa qualidade de vida.

Assim, conclui-se que a com falta de experiência profissional e de capacitação especializada na área, somando ainda a falta de estrutura e suporte dos empregadores, o processo realizado dentro de um CME pode ficar prejudicado, aumentando os riscos e prejuízos para os pacientes, trabalhadores e instituição. Esse é um tema que está longe de ser esgotado, mas espera-se, com a presente pesquisa, que o assunto seja cada vez mais explorado e chame atenção para a evolução e aplicação das medidas de segurança e, conseqüentemente, para a melhoria na vida dos profissionais que trabalham em uma CME. Deste modo ressalta-se a necessidade de uma maior atenção a estes trabalhadores visando preservar a sua saúde e a integridade favorecendo assim a qualidade de vida em seu trabalho.

## **REFERÊNCIAS**

ALVES, Henrique Eduardo, et al. "Riscos ocupacionais a que os trabalhadores da enfermagem referem estar expostos em central de material estéril." **Id on Line Revista de psicologia** 11.37 (2017): 1-12.

ALMEIDA, L.G.N; TORRES, S.C; SANTOS, C.M.F. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, p. 142-154, dezembro. 2012.

AQUINO, J.M; BARROS, L.P; BRITO, S.A; FERREIRA, E.B. Centro de material esterilização: acidentes de trabalho e riscos ocupacionais. **Revista Congresso brasileiro de enfermagem em centro cirúrgico**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 138-154, jul./set. 2014.

BARZANO, P.R.; BARBOSA, R.P. Controle de Riscos – **Prevenção de Acidentes no Ambiente Ocupacional**. São Paulo: Érica, 2014.

BARZANO, P.R. **Segurança do Trabalho para concursos públicos**. 3ª ed., São Paulo: Saraiva, 2015.

BEZERRA, A. L. D.; MEDEIROS, K. P.; SOUSA, M. N. A. Riscos Ocupacionais E Acidentes De Trabalho Na Central De Materiais Esterilizados De Um Hospital De Cajazeiras– PB. Disponível em: [http://abepro.org.br/biblioteca/enegep2011\\_TN\\_STO\\_138\\_877\\_17937.pdf](http://abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_TN_STO_138_877_17937.pdf). Acesso em: 17 jun. 2017.

ECE, M. C. E., . . . C. E. MA, M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BRASIL. RDC n.15. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília/DF, 2012. BRASIL. Norma Regulamentadora 6. Dispõe sobre segurança e medicina do trabalho. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. Norma Regulamentadora 9. Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília/DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2002.

CARVALHO, R. **Enfermagem em Centro de Material, Biossegurança e Bioética**. Barueri: Manole, 2015.

CÂMARA, P.F. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. **Revista de enfermagem da UERJ**. v.19 n.4, p. 583-586, 2011. Disponível em: Acesso: 23 de ago de 2015.

DOS SANTOS, Z. **Segurança no trabalho e meio ambiente NR-9 - riscos ambientais**. Disponível em: [http://www.if.ufrgs.br/~mittmann/NR-9\\_BLOG.pdf](http://www.if.ufrgs.br/~mittmann/NR-9_BLOG.pdf). Acesso em: 17 jun.2017.

FAGUNDES, G. NR-32 **Uma Realidade na Área Hospitalar**. Disponível em: <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/NR32-gilmara.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GIL, R.F.; CAMELO, S.H.; LAUS, A.M. Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares. **Texto contexto—enfermagem**. v.22, n.4, p. 927– 934, 2013. Disponível em:. Acesso: 09 de dez de 2014.

JOUCLAS, V.M.G. Análise da função do circulante de sala de operações de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos. 1987. 214f. **Tese (Doutorado).Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, 1987.

LENNINGTON, B. A organização de um departamento de enfermagem em pequenos hospitais. **Anais do Congresso Nacional de Enfermagem**, São Paulo, p. 15-21, ago. 1954.

MAURO, M.Y.C; MUZI, C.D; GUIMARAES, R.M; MAURO, C.C.C. Riscos Ocupacionais em Saúde. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 388-45, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012**. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015\\_15\\_03\\_2012.html/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html/). Acesso em: 17 jun. 2017.

MIRANDA, C. R.; DIAS, C. R. PPRA/PCMSO: auditoria, inspeção do trabalho e controle social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 224-232, jan./fev. 2004.

PEZZI, M.C.S.; LEITE, .J.L. Investigação em Central de Material e Esterelização utilizando a Teoria Fundamentada em Dados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.63, n.3, 2010.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. Recomendações em saúde aos trabalhadores expostos a fluidos biológicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 3, p. 381-389, jul./set. 2008.

SILVA, A. **Organização do Centro de Material E esterilização**. 2011. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/473403/mod\\_resource/content/0/Organizacao\\_do\\_C ME\\_.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/473403/mod_resource/content/0/Organizacao_do_C_ME_.pdf). Acesso em: 17 jun. 2017;

SILVA, A. **Trabalhador de enfermagem na unidade centro de material e os acidentes detrabalho**. 1996. 45f. Tese (Doutorado) apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo. 1996.

SOBECC – **Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização**. São Paulo, p 19, 2013.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**: conforme documentos de meu avô, o cirurgião H.E. Hartmann. São Paulo: Hemus; 1976.

ZOCCHIO, Á. **Prática da prevenção de acidentes**: ABC da segurança do trabalho, 7ª ed. Brasília: Atlas, 2002.



# **PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

## **ROLE OF THE NURSE IN PERMANENT EDUCATION OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY**

Rosicleide da Silva Luna <sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>

Wesley Dantas de Assis<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O enfermeiro é responsável por diversas atribuições nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma delas é a supervisão e educação permanente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O estudo teve como objetivo analisar na literatura o papel do enfermeiro na educação permanente dos ACS's. Trata-se de um estudo exploratório por meio de revisão bibliográfica que explora o papel do enfermeiro em uma UBS de forma ampla e objetiva. A partir do estudo feito percebe-se que a atuação dos enfermeiros em uma Unidade Básica de Saúde se destaca em uma equipe sendo ele o enfermeiro responsável por coordenar, planejar, gerenciar e supervisionar o funcionamento da UBS e dos Agentes Comunitários de Saúde. Os enfermeiros são responsáveis de garantir a educação permanente, proporcionando condições de compreensão da prática e autonomia para que eles desenvolvam suas capacidades e tenham estímulos para o trabalho comunitário. Contudo é necessária uma maior preparação dos enfermeiros, para que estes desenvolvam o papel de facilitador da educação permanente dos ACS, a fim de que possa ser oferecida uma assistência à saúde de forma preventiva, proporcionando uma melhor qualidade de vida a população.

**Palavras-Chave:** Educação, Enfermeiro, Formação.

### **ABSTRACT**

The nurse is responsible for several duties in the Basic Health Units (UBS), one of which is the supervision and ongoing education of the Community Health Agents (CHA). The study aimed to analyze in the literature the role of nurses in the permanent education of CHWs. This is an exploratory study through a bibliographic review that explores the role of the nurse in a UBS in a broad and objective way. From the study done, it is noticed that the nurses' performance in a Basic Health Unit stands out in a team being the nurse responsible for coordinating, planning,

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [rosecleide.luna@hotmail.com](mailto:rosecleide.luna@hotmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – IESP.

managing and supervising the operation of the UBS and the Community Health Agents. Nurses are responsible for ensuring lifelong education, providing conditions for understanding the practice and autonomy so that they develop their capacities and have incentives for community work. However, it is necessary to prepare nurses better, so that they develop the role of facilitator of the permanent education of CHWs, so that health care can be offered in a preventive way, providing a better quality of life for the population.

**Keywords:** Education, Nursing, Training

## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, dentre outros. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite que se conheça a pessoa, a família e a vizinhança. Isso garante uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde. O resultado é mais problemas de saúde resolvidos na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (FORTUNA, 2009).

Nessa conjuntura, é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, auxiliando no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de

que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2012).

O papel do enfermeiro em uma ESF é realizado em dois campos essenciais: um na unidade de saúde, junto à sua equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS (Agentes Comunitários de saúde), bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem. Na unidade de saúde o enfermeiro tem atribuições básicas como executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção a crianças, ao adolescente, a mulher, ao trabalhador e ao idoso; desenvolver ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 1997).

Um dos principais personagens que efetiva o elo entre a ESF e os usuários é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que consiste no profissional com perfil e desempenho peculiares, uma vez que, deve reunir características específicas para assumir sua função, seja ela, simples ou complexa. Dentre as atribuições desses profissionais incluem, a análise das necessidades da comunidade, a atuação com foco na promoção de saúde e prevenção de doenças, além de participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (MARTINES; CHAVES, 2009).

Para isso, o enfermeiro também tem o papel de educador dos ACS. A Educação Permanente em Saúde é uma atividade educativa de caráter contínuo, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho. Neste sentido, na ESF o enfermeiro deve orientar sua equipe de ACS através de minicursos e também solicitar a secretaria de atenção básica cursos sobre diversas temáticas na área de saúde, para que os mesmos possam tirar dúvidas e orientar a comunidade durante sua visita domiciliar. A educação em saúde frente às novas propostas e diretrizes curriculares, caracteriza-se por apresentar desafios cruciais, considerando quanto em nível de prática, nas instituições de saúde (WALDOW, 2009).

Diante da necessidade evidente e de todos os indícios já apontados pela literatura sobre a importância da qualificação dos ACS, este estudo tem como objetivo analisar na literatura o papel do enfermeiro na educação permanente dos

ACS na Estratégia de Saúde da Família discutindo as habilidades necessárias para o exercício desta função.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Esta pesquisa é do tipo bibliográfica exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa, segundo Marconi e Lakatos (1992), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações.

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2009).

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de artigos e publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Scielo e do Ministério da Saúde.

Para selecionar o material foram utilizados os seguintes descritores: Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde; Educador; Educação permanente. Além da utilização de artigos, esta pesquisa baseia-se na legislação brasileira vigente referente ao papel do enfermeiro como educador dos ACS.

Os critérios para a seleção da amostra foram: que a publicação aborde, no título ou no resumo, a temática investigada; esteja no intervalo entre 2008 a 2018; disponível na íntegra e no idioma português. Para organização das informações

contidas nas publicações encontradas foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, contendo a referência do estudo, objetivos, resultados principais, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor. A técnica de análise de conteúdo é composta por três etapas: 1) a pré-análise, onde é realizada a organização e leitura flutuante do material; 2) a exploração do material, com codificação das unidades de registro; e 3) o tratamento dos resultados, interpretação e categorização dos conteúdos.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As referências selecionadas e analisadas na presente pesquisa reuniram um total de 25 documentos, sendo 15 artigos, 5 dissertações, 1 livro e 4 leis e manuais do Ministério da Saúde conforme pode ser observado no Quadro 1.

| ARTIGOS               |      |                                                                                                                                       |
|-----------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUTOR (ES)            | ANO  | TÍTULO                                                                                                                                |
| ALVES                 | 2014 | Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. |
| AVILA                 | 2012 | O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama                                                           |
| BACKES                | 2011 | Gestão do cuidado em enfermagem sob a visão da complexidade.                                                                          |
| BARBOSA               | 2011 | Reflexões sobre trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva.                                                                             |
| CAMPOS; BELISÁRIO     | 2008 | O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada.                                    |
| GAMA                  | 2012 | Supervisão em enfermagem.                                                                                                             |
| GONÇALVES             | 2012 | Educação permanente em saúde: dispositivo para qualificação da Estratégia Saúde da Família                                            |
| LIBERALI; DALL`AGNOS. | 2008 | Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão.                                                                                   |
| MARTINES; CHAVES      | 2009 | Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do                                                                                           |

|                                              |      |                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |      | agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família.                                                                                          |
| MUNARI                                       | 2010 | Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica: potencializando pessoas para cuidar de pessoas.        |
| PEREIRA                                      | 2013 | Educação em saúde. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública.                                                                                           |
| SANTOS, et al.                               | 2009 | Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar.                                                        |
| SERRANO, et al.                              | 2013 | Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s).                                                                                           |
| SILVA; SEIFFERT.                             | 2012 | Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica                                                                                          |
| WALDOW                                       | 2009 | Reflexão sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado                                                                        |
| <b>DISSERTAÇÃO</b>                           |      |                                                                                                                                                       |
| AIUB                                         | 2015 | Educação permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro: concepções e resultados nos municípios pequeno porte da DRS III Araraquara.       |
| CHISTOVAM                                    | 2009 | Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: construção de um conceito.                                                                |
| FORTUNA                                      | 2009 | O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades. |
| LOBATO                                       | 2011 | Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política.                        |
| MOSTARDEIRO                                  | 2011 | O cuidado em situações de alterações da imagem facial: implicações para a formação da enfermeira.                                                     |
| <b>LEIS E MANUAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b> |      |                                                                                                                                                       |
| BRASIL                                       | 2011 | Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o                |

|               |      |                                                                                                                  |
|---------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |      | Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).                                                                |
| BRASIL        | 2013 | Estratégia Saúde da Família: Sobre o programa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.                         |
| BRASIL        | 2012 | Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica                |
| BRASIL        | 1997 | Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. |
| <b>LIVROS</b> |      |                                                                                                                  |
| DESTRO        | 2014 | Educação Continuada: visão histórica e tentativa de conceitualização.                                            |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição das publicações do estudo segundo tipo do documento, autores, ano e título da publicação.**

Os estudos revisados abordam a atuação do ACS na Estratégia de Saúde da Família, o desempenho do enfermeiro na supervisão e educação do ACS e a atuação do enfermeiro na educação permanente destes profissionais. Assim, estes tópicos estão descritos a seguir.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Diante desta perspectiva, é necessário o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) composta por, no mínimo: médico; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (KELL; SHIMIZU, 2010).

Por definição, o ACS trabalha fora do posto, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Esse elo acontece de várias maneiras, mas principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem aquela população, percebidos ou explicitados pelas pessoas, comunicar à equipe do PSF a sua percepção e retornar à comunidade com orientações, encaminhamentos ou outras atividades que possam evitar, diminuir ou solucionar os problemas encontrados, juntamente com os profissionais de saúde e a própria população (MUNARI et al, 2010).

Entre suas inúmeras funções, destacam-se: Fazer o cadastramento das famílias da comunidade; realizar visitas periódicas domiciliares; orientar, ouvir, acolher e direcionar o usuário do serviço público; identificar através das famílias, problemas que podem estender-se às comunidades; identificar e orientar, direcionando para correção de problemas com origem sanitária e de higiene; acompanhamento e orientação de gestantes, e posterior acompanhamento do bebê (OLIVEIRA, et al, 2009).

Evidencia-se o trabalho do enfermeiro por sua relação com o ACS e a comunidade onde ambos atuam, pois, além das atividades que desenvolve na unidade de saúde, ela realiza também a visita domiciliar, que possibilita o conhecimento da realidade das famílias acompanhadas, favorece a programação e o desenvolvimento das práticas de saúde. Assim, torna-se fundamental proporcionar a escuta dos usuários para conhecer a realidade local e planejar as ações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF (ALVES, 2014).

A gerência do cuidado de enfermagem mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos complexos e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo, constituída por equipes de enfermagem e saúde com competências/aptidões/potências gerenciais próprias ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros (AIUB, 2015).

A prática gerencial do enfermeiro envolve múltiplas ações de gerenciar cuidando e educando, de cuidar gerenciando e educando, de educar cuidando e gerenciando, construindo conhecimentos e articulando os diversos serviços hospitalares e para hospitalares, em busca da melhor qualidade do cuidado, como direito do cidadão (AVILA, 2012; BACKES et al, 2011).



Entretanto, muitos enfermeiros ainda consideram gerenciar e cuidar como atividades dicotômicas e incompatíveis em sua realização e estabelecem uma diferença entre cuidado direto e cuidado indireto, valorizando e entendendo como cuidado somente aquilo que depende de sua ação direta junto ao paciente. Nesse sentido, o cuidado indireto, apesar de ser uma ação voltada à organização e implementação do cuidado direto, muitas vezes, ainda é pouco compreendido entre os enfermeiros como uma dimensão complementar do processo de cuidar (CHISTOVAM, 2009; SANTOS, et al, 2009).

A atuação da enfermagem na atenção primária, imediatamente, refere-se às ações do profissional enfermeiro como integrante da equipe de Saúde da Família, em que as consultas de enfermagem, as visitas domiciliares, as atividades educativas e a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentam-se como atividades básicas deste profissional. No entanto, no atual contexto do SUS, a enfermagem emerge como profissão de valor, com efetiva atuação na gestão de políticas públicas de saúde, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde através do gerenciamento/supervisão de programas estratégicos de cuidado à saúde da população (BARBOSA et al, 2011.)

A supervisão apresenta-se como tecnologia de trabalho da enfermagem, contribuindo com a avaliação da qualidade dos serviços ofertados e da dinâmica organizacional, identificando, também, necessidades de aperfeiçoamento profissional. Nesse sentido, a enfermagem configura-se como uma profissão que desenvolve o trabalho interdisciplinar, na medida em que articula os diversos saberes e permite o diálogo aberto com vistas à melhoria da qualidade da assistência a ser prestada por diferentes profissionais que atuam na atenção primária à saúde (LIBERALI; DALL'AGNOS, 2008).

Os principais objetivos da supervisão são: a) estimular o desejo de auto aperfeiçoamento em cada sujeito; b) orientar, treinar e guiar os indivíduos conforme suas necessidades para que usem suas capacidades e desenvolvam habilidades novas; c) desenvolver a cooperação enfatizando o “nós” em detrimento do “eu”; d) proporcionar, sempre que possível, condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho (ambiente físico, equipamentos, suprimentos) bem como uma atmosfera de trabalho agradável. Na ESF, o enfermeiro detém como objetivo a análise

permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais (CAMPOS, BELISÁRIO, 2008; GAMA, 2012).

A Enfermagem é uma profissão que tem como base o relacionamento interpessoal. Entretanto, o grande avanço tecnológico ocorrido nos últimos anos e as alterações na organização do trabalho têm determinado mudanças importantes nos locais de trabalho, destacando o fator humano nas organizações. O processo de cuidar coloca, então, o desafio do desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, o desenvolvimento de competências.

Desse modo, ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar (ausência de doença), ambiental, pessoal/emocional (PEREIRA, 2013; SERRANO et al, 2011).

A educação tem um papel construtivo essencial na enfermagem, sendo primordial na preparação de profissionais, desse modo os enfermeiros educadores devem continuamente examinar e desenvolver o conteúdo já existente e introduzir novas metas, conteúdos e métodos de ensino que alcancem as necessidades das pessoas a quem servem. A educação para a saúde básica é realizada por meio de orientações individuais aos grupos de risco, como citado anteriormente, à participação nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestante e mulheres, e em palestras para famílias e comunidade, nas quais, entre outros temas, são abordados a higiene, o uso de drogas e a hipertensão arterial (ALVES, 2014; SILVA, 2012).

A literatura aponta que o trabalho educativo desenvolvido pelo enfermeiro está fundamentado geralmente na compreensão de educação de cada profissional de acordo com sua experiência pessoal e profissional. Dessa forma, muitos dos profissionais que realizam educação em saúde diariamente não conhecem a tendência pedagógica na qual está delineada a sua prática educativa, nessa conjuntura, é preciso garantir aos ACS a educação permanente, para que esses

desenvolvam suas capacidades e tenham estímulo para o trabalho comunitário participativo, reflexivo e transformador (SERRANO et al, 2011).

Neste contexto surge a educação permanente em saúde voltada para a prática educativa orientada pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências; representando o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. A educação permanente permite a mudança das ações educativas para a melhoria da prática dos profissionais de saúde que atuam na ESF tornando-os aptos a construir ações de saúde que conduzam os usuários a refletir sobre suas necessidades de saúde (BRASIL, 2013; WALDOW, 2009).

A educação permanente em saúde é a principal ferramenta para a construção de uma prática de trabalho que valoriza o ser humano além do biológico, dando valor ao ser social, emocional e espiritual (MOSTARDEIRO, 2011). Esta prática favorece o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros e de sua equipe na ESF, ela muitas vezes é realizada seguindo os conhecimentos adquiridos durante a formação profissional e na experiência de cada trabalhador, não possuindo uma regulamentação específica, nem uma metodologia padronizada. Desse modo, a fim de auxiliar os enfermeiros da ESF foi elaborado o Quadro 2 com diretrizes para uma formação continuada para ACS.

| OBJETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CONTEÚDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | RECURSOS UTILIZADOS                                                                                                                                             | METODOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitar o agente comunitário de saúde, como profissional crítico, reflexivo e ético, desenvolvendo ações de integração social;</li> <li>- Efetivar a ação educacional com ênfase na formação de atitudes na construção da cidadania;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento</li> <li>- Conhecendo o SUS</li> <li>- O ACS ontem e hoje</li> <li>- Ética no trabalho do ACS</li> <li>- Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças</li> <li>- Conhecer as estruturas dos serviços de saúde e as Políticas de Saúde</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vídeo aulas</li> <li>- Textos</li> <li>- Leis e portarias</li> <li>- Animações</li> <li>- Rodas de conversa</li> </ul> | <p>Podem ser utilizadas narrativas em vídeos contendo animações e exemplos de situações que serão vivenciadas pelo ACS ao longo de sua carreira profissional. Promover debates através de uma conversa informal referente as dificuldades</p> |

|                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender a importância do Planejamento e do Controle Social no SUS</li> <li>- Reconhecer a importância do trabalho em equipe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>do município</li> <li>- Controle Social no SUS</li> <li>- As atribuições do ACS</li> <li>- Técnica de Entrevista</li> <li>- Visita domiciliar</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>encontradas em campo pelos ACS, pontuando possíveis soluções.</li> <li>Abordar a relevância do trabalho em equipe.</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Pesquisa 2018.

## **Quadro 2 - Estratégias para a formação continuada para ACS**

O aperfeiçoamento profissional é cada vez mais necessário, haja vista o desenvolvimento tecnológico e das transformações sociais, que geram a necessidade constante do indivíduo ampliar e atualizar seus conhecimentos. Na saúde intensificam-se as discussões sobre os programas de Educação Continuada, principalmente em relação aos agentes comunitários de saúde (PEREIRA, 2013).

Para Destro (2014), educação continuada é toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamentos a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, inserindo-se como geradora de mudanças num quadro político prospectivo em que a formação “é idealmente participar do futuro” a partir do presente. A educação continuada não é apenas a transmissão de conhecimentos científicos, mas, também, de atitudes em relação a utilização desses conhecimentos.

As ações educativas, além de proporcionarem benefícios à saúde da população atendida pelos profissionais em sua área de abrangência, fazem com que os resultados favoreçam de forma muito positiva o trabalho de toda a equipe, pois ver que as ações diárias estão surtindo efeito estimula os profissionais a realizá-las. No âmbito da ESF, além da execução das ações com base nos resultados positivos, destaca-se que a educação em saúde se configura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe (LOBATO, 2011).

A efetividade da ação educativa acontece quando esta é empreendida a partir do diagnóstico das necessidades concretas, ou seja, não surge da imposição de uma existência meramente formal, mas depende da compreensão de sua finalidade por todos os atores envolvidos e de uma constante avaliação

dos resultados. A educação continuada representa um ganho para todos os agentes que dele participam, pois, a instituição que viabiliza aumenta a qualidade de seus serviços e consequentemente a satisfação de sua clientela (GONÇALVES, 2012; SANTOS et al, 2009).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que a educação continuada exerce um papel relevante frente à temática de promoção da saúde, visto que essa é o ponto de partida para que se tenham resultados positivos nos indicadores, os ACS têm como papel fundamental, senão prioritário, desenvolver ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Desse modo, foi verificado através da literatura que as atividades de educação continuada têm impacto positivo nos serviços de saúde, sobretudo porque instigam os ACS à cor responsabilização como sujeitos atuantes e influenciadores de mudanças no cenário da saúde mental. Tais atividades também reafirmam o compromisso desses profissionais com o aprimoramento dos cuidados oferecidos às pessoas com transtornos mentais. Um ponto relevante abordado durante a atividade foi a importância da interação e aproximação com a comunidade; o ACS desempenha um papel crucial na vinculação das famílias à ESF.

Compreende-se que esse vínculo, construído a partir de visitas domiciliares, pode ser determinante para o sucesso ou fracasso dos cuidados de saúde, uma vez que possibilita conhecer melhor os membros da família e as necessidades apontadas por eles, logo, ele favorece a adoção de uma abordagem integral e abrangente.

A identificação das necessidades educativas por meio do trabalho multiprofissional é mais efetiva, pois não parte apenas da observação unicamente do enfermeiro, mas sim de toda uma equipe que conhece e convive com a população. E nesse estudo se observou destaque especial ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que por residir na área de abrangência da ESF e estar em contato constante com a população, possui maior conhecimento da comunidade, e, consequentemente, de suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

AIUB, A.C. **Educação permanente em Saúde no processo de trabalho do enfermeiro**: concepções e resultados nos municípios pequeno porte da DRS III Araraquara. (tese). São Paulo. Ribeirão Preto. 2015. Disponível em:<<https://bv.fapesp.br/pt/pesquisador/101439/allan-correa-aiub/>> Acesso em: 06 nov. 2018.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** 2014. 9(16):39-52. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 15 set. 2018.

AVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, jan. 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract)> Acesso em: 29 out. 2018.

BACKES, D.S, et al. Gestão do cuidado em enfermagem sob a visão da complexidade. **Bras. J Nurs.** 2011 ;7(1). Disponível em:<<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/articulo/view/1033>> Acesso em: 29 set. 2018.

BARBOSA, M.A, et al. Reflexões sobre trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva. **Rev. Eletr. Enf.** 2011.6(1):9-15. Disponível em:<[http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_1/pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf)> Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011). Acesso em: 21 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Saúde da Família**: Sobre o programa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)> Acesso em:12 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf)> Acesso em: 21 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade**. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: **Interlace Comunicação, Saúde, Educação**. v.5, n.9, São Paulo, 2008 (p. 133-141). Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)> Acesso em: 31 out. 2018.

CHISTOVAM, B.P. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: construção de um conceito**. Rio de Janeiro. Tese [doutorado em enfermagem] - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)> Acesso em:31 out. 2018

DESTRO, M.R. P. **EducaçãoContinuada**: visão histórica e tentativa de conceitualização. Campinas: Editora Papyrus,2014. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/>> Acesso em: 04 nov. 2018.

FORTUNA, CM. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades. (dissertação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/de-03022009-103507/-br.php>> Acesso em: 04 nov. 2018.

GAMA, B.M.B.M. Supervisão em enfermagem. UFJF. Faculdade de Enfermagem. **Básica Departamento de Enfermagem**. Disciplina: Administração em Enfermagem II. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?Scripting=en&nrm=iso>> Acesso em: 30 out. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, M.C. et al. **Educação permanente em saúde**: dispositivo para qualificação da Estratégia Saúde da Família. Belém. UFPA, 2012. Disponível em:<[http://www.aedmoodle.ufpa.br/pop/mod\\_forum/attachment/302481/Projeto](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pop/mod_forum/attachment/302481/Projeto)> Acesso em: 04 nov. 2018.

LIBERALI, J, DALL`AGNOS, C.M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2009; 29(2):279-82. Disponível em:<<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5592>> Acesso em: 01 nov. 2018.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: uma cartografia da dimensão política.

2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4a ed. p.43 e 44.

MARTINES, W.R.V, CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm USP**. 2009; 41(3):426-33.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S. **O cuidado em situações de alterações da imagem facial: implicações para a formação da enfermeira**. 2011 Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MUNARI, D.B, et al. **Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica**: potencializando pessoas para cuidar de pessoas. 2010. (1):135-45.

OLIVEIRA, D. E; et al. **Educação em Saúde**: uma estratégia da Enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e Reflexões. Agosto de 2009. Goiânia.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: Ensinando a cuidar em Saúde Pública. **Difusão**, 2013.

SANTOS, J.L.G, et al. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm** 2009;30(3):525-3.

SERRANO, M.T.P. et al. **Cuidar em Enfermagem**: como desenvolver a(s) competência(s). **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser III, n. 3, mar. 2011.

SILVA, G.M, SEIFFERT, O.M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev. Bras. Enferm**. 2012 62(3):362-6.

WALDOW, R. V. Reflexão sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2009; 33(2): 182-188.



## **DIFICULDADES DA GESTÃO EM SAÚDE NO ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ÀS UNIDADES DE SAÚDE INTERMUNICIPAIS**

## **DIFFICULTIES OF HEALTH MANAGEMENT IN THE IMMIGRATION OF PATIENTS TO INTERMUNICIPAL HEALTH UNITS**

Sayonara Araújo de Pontes<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>

Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, foi de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Para tanto, a descentralização da gestão foi estrategicamente induzida pela formulação e instituição das normas operacionais e de assistência à saúde, editadas entre 1993 e 2002. O presente estudo tem como objetivo destacar as diretrizes fundamentais para a organização das funções da Central de Regulação do SUS em João Pessoa abrindo ênfase para analisar as dificuldades da gestão em saúde no encaminhamento dos pacientes. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, a partir de uma entrevista com um profissional da gestão em saúde do Sistema de Regulação do município de João Pessoa. Conforme o material analisado observa-se que as normas operacionais que instituíram o Sistema de Regulação buscaram consolidar o pleno exercício do poder público municipal na função de gestor da atenção à saúde. É possível observar as dificuldades da gestão em saúde no funcionamento e operacionalização da central de regulação no encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde intermunicipais. A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços.

**Palavras-chave:** Saúde. Direito. Políticas públicas. Gestões.

### **ABSTRACT**

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [sayonaraaraujodepontes@gmail.com](mailto:sayonaraaraujodepontes@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em enfermagem na Atenção a Saúde. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba IESP. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba IESP.

The implementation of the Unified Health System (SUS) in the early 1990s was of fundamental importance for guaranteeing and expanding the population's access to health services. To that end, the decentralization of management was strategically induced by the formulation and institution of operating and health care standards, published between 1993 and 2002. The present study aims to highlight the fundamental guidelines for the organization of the functions of the SUS Regulation Center in João Pessoa, with an emphasis on analyzing the difficulties of health management in the referral of patients. This is an exploratory and descriptive research with a qualitative approach, based on an interview with a health management professional from the Regulation System of the municipality of João Pessoa. According to the analyzed material, it is observed that the operational norms that instituted the Regulation System sought to consolidate the full exercise of municipal public power in the function of manager of health care. It is possible to observe the difficulties of health management in the operation and operationalization of the regulation center in the referral of patients to other intermunicipal health units. The organization of health service networks and the planning of actions, in most cases, occur in a fragmented or partial way, which makes it difficult to establish agreed references, reflecting in clear physical and bureaucratic barriers to the population's access to actions and services.

**Keywords:** Health. Right. Public policy. Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início da década de 90, foi de fundamental importância para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Para tanto, a descentralização da gestão foi estrategicamente induzida pela formulação e instituição das normas operacionais e de assistência à saúde, editadas entre 1993 e 2002, que buscaram consolidar o pleno exercício do poder público municipal na função de gestor da atenção à saúde. Mais recentemente, a edição do pacto pela saúde propôs novas diretrizes para as políticas de saúde, reafirmando a municipalização e a organização do sistema, por meio da atenção básica, como caminho para a consolidação do SUS (BRASIL, 2010).

Essas iniciativas têm sido apoiadas e influenciadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a adoção de princípios para a construção da atenção primária dos serviços de saúde dirigida por valores de dignidade humana com ênfase na proteção e promoção da saúde. Existem, inclusive, evidências, no plano internacional, que revelam a contribuição da atenção primária na melhoria da saúde

individual e coletiva, e os ganhos indiretos, como a redução dos custos do sistema e das desigualdades entre os subgrupos populacionais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O Ministério da Saúde, na qualidade de gestor federal do SUS vem desenvolvendo ações de fomento e cooperação técnica para implantação e/ou implementação de complexos reguladores, no intuito de aperfeiçoar, de organizar a relação entre a oferta e a demanda qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS. Estas ações estão sintetizadas na Política Nacional de Regulação, construída em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS) a partir do Pacto pela saúde. Sendo ações de impacto, que efetivamente adequam o modelo de atenção à saúde vigente; permitem que a gestão pública institua melhor controle do acesso aos serviços ofertados e também um maior controle financeiro (BRASIL, 2010).

No Brasil, a reorganização das ações no nível local não transcorreu de forma homogênea. Primeiro, devido ao pequeno porte de grande parte dos municípios que enfrentaram dificuldades no planejamento e na organização dos seus sistemas; depois, pela distribuição desigual da oferta de recursos humanos e da capacidade instalada; e, por fim, pelas características dos governos municipais e da gestão dos sistemas locais. Segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2002 (NOAS), a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação, que por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, etc (BRASIL, 2002).

Para uma melhor regulação na rede de saúde foi criado o Sistema de Regulação (SISREG) disponibilizado pelo DATASUS do Ministério da Saúde na forma de software para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, que tem início na rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria (BRASIL, 2008). Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo destacar as diretrizes fundamentais

para a organização das funções da Central de Regulação do SUS em João Pessoa abrindo ênfase para analisar as dificuldades da gestão em saúde no encaminhamento dos pacientes.

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi do tipo exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2008, p.21) “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Para o autor, as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para a coleta dos dados do estudo foi realizada uma entrevista estruturada com um profissional da gestão em saúde do Sistema de Regulação do município de João Pessoa. A seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes. Após a coleta, os dados foram organizados e passaram pelo processo de análise empregando métodos compreensivos como a análise de conteúdo, assim como foi utilizada a bibliografia levantada sobre o tema para realizar as reflexões críticas e comparativas. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos uma vez que envolve seres humanos, sendo observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A regulação assistencial estabelecida na NOAS nº 01/2002 define que esta deva estar voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. As ações para implantação e/ou implementação de complexos reguladores revolucionam, modificam e qualificam o SUS. Para que sejam efetivadas no âmbito

nacional, elas precisam passar por um posicionamento político fundamental, se fazendo necessária a conscientização de que estas ações trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde (SUS); pois elas reforçam e qualificam as funções de gestão; otimizam os recursos de custeio da assistência; qualificam o acesso e, conseqüentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (BRASIL, 2002).

Segundo a portaria nº 1.559 do Ministério da Saúde, o Complexo regulador assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde (SISREG) compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo. O complexo regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam (BRASIL, 2008).

O processo de criação e implementação do sistema foi descrito durante a entrevista com o profissional da gestão em saúde da Central de Regulação no município de João Pessoa, conforme observado no trecho da entrevista a seguir:

*“Na verdade não era SISREG não, era o sistema antigamente em 1989 DATASUS do Rio de Janeiro. Tinha dois sistemas, um sistema de marcação de consultas e um sistema de internação hospitalar. Era um sistema local, não era integrado [...] o DATASUS contratou a Universidade Paulista de Medicina, que por sua vez contratou um profissional da Universidade aqui de Pernambuco para desenvolver um sistema integrado. Foi aí que surgiu o primeiro SISREG, sistema de regulação desenvolvido em 2002. A gente instalava e botava todas as agendas e era tudo por telefone, quando foi criado o SISREG passou a ser pela internet, via web, instalava o servidor e todos os municípios que quisessem a gente ia lá e instalava. Esse sistema durou até 2007. [...] O Ministério da Saúde contratou uma empresa do Ceará pra criar outro sistema e foi daí que surgiu o SISREG II e III [...] Aqui na Paraíba continuamos com o SISREG II, esse ano a gente começou a implementar o SISREG III, só na parte emergencial, que ele também tem um probleminha na parte de cirurgias eletivas e na parte ambulatorial. Mas a partir de janeiro ele estará na íntegra, tanto na internação, as cirurgias eletivas e ambulatorio”.*

A partir da entrevista destaca-se que para a implementação das Centrais de Regulação o financiamento inicial precisa contemplar uma estrutura mínima composta por estrutura lógica, elétrica e de telefonia, infra-estrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo de regulação (SISREG III), o sistema operacional, o link em banda larga para a internet e os servidores de aplicação; além de capacitação inicial e preparação de multiplicadores locais, que possam estabelecer um processo de capacitação permanente de recursos humanos, suprimindo, assim, as necessidades oriundas da grande rotatividade de pessoal (BRASIL, 2002).

Os Complexos de Regulação criado pela portaria nº 1.559, em 1º de agosto de 2008 atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e interhospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em (BRASIL, 2008):

- Central de Regulação de Urgência que regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a central de regulação de internações.

- Central de Regulação de Internações é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

- Central de Regulação de Consultas e Exames é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não. É importante frisar que as centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador; contudo é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como por exemplo: terapia renal substitutiva, transplantes e os procedimentos contemplados na central nacional de regulação da alta complexidade (CNRAC) e outros.

Como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes a alta complexidade, de forma equânime em todo o país foi criada a CNRAC, que é representada nos estados pelas centrais estaduais de regulação da alta complexidade (CERAC), que devem estar integradas às ações regulatórias das demais centrais de regulação. Na prática as CERAC respondem pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumatismo/ortopedia (BRASIL, 2010).

A abrangência da Central de Regulação é a área geográfica de cobertura assistencial, podendo ser: nacional, estadual, regional, municipal ou distrital. Já o escopo é a definição de quais especialidades e procedimentos serão regulados. As unidades solicitantes são definidas como estruturas responsáveis pelas solicitações de atendimentos à central de regulação, podendo ser qualquer estabelecimento de saúde da rede de serviços do SUS na área de abrangência da central, bem como estruturas externas à área de atuação da central, de acordo com os pactos estabelecidos. São representadas por secretarias e regionais de saúde de outros municípios e regiões, ou outras centrais de regulação, quando implantadas (BRASIL, 2010).

Durante a entrevista, observou-se que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde, conforme destacado no trecho a seguir:

*“O objetivo maior foi facilitar a vida dos usuários pra que eles não precisem se deslocar de onde mora pra procurar uma consulta, um exame em um posto de saúde, que antigamente tinha filas enormes [...] quando descentralizam na realidade você não resolve o problema de vagas, né? você na realidade descentraliza aquela fila e divide ela pra todos os locais e aí os usuários não precisam sair e acordar de madrugada. Vai se procurando por critério, por procedimento clínico, patologia, quem é o mais grave, quem é que precisa mais, dentro das próprias unidades faz esse filtro, então o objetivo era esse descentralizar e deixar que as unidades pudessem fazer as suas solicitações”.*

Assim, regular o acesso do usuário ao uso dos serviços do SUS significa prover, a partir da identificação da necessidade desse usuário, os recursos necessários para a assistência a sua saúde no tempo oportuno. O conceito de uso compreende todo contato direto consultas médicas, hospitalizações ou indireto

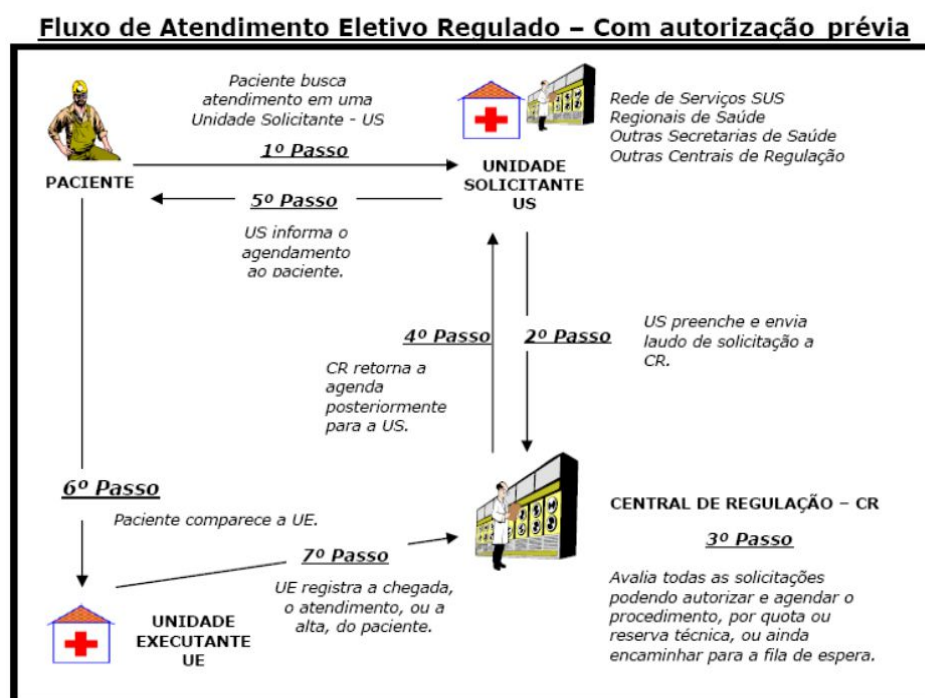
realização de exames preventivos e diagnósticos com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Desta forma, a Central de Regulação visa padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, exigindo protocolos para encaminhamentos, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos. Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Deve-se ainda criar um canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permitindo a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabilizando a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário (BRASIL, 2010).

Após a leitura do material selecionado para o estudo, avaliou-se que a equidade é aqui entendida como a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito de todo o cidadão. O acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar, como faz, que a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que essa equidade seja concretizada. Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

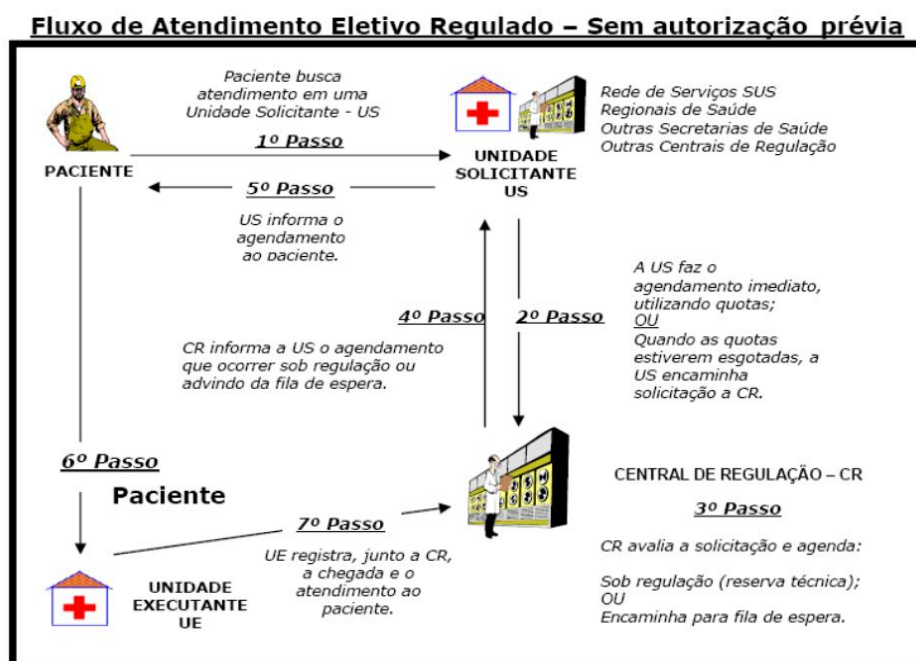


O processo de autorização de procedimentos realizado por meio da ação regulatória é prévio e com fulcro nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e autorização de procedimentos, ambulatoriais de alta complexidade/Custo (APAC). A Central de regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de quotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central. Um exemplo de procedimentos que, normalmente, não utilizam os instrumentos de autorização prévia são as consultas especializadas, que são realizadas e faturadas considerando-se a produção global e não individualizada dos atendimentos, sendo informadas à gestão por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) (BRASIL, 2010). A seguir, as Figuras 1 e 2 exemplificam os fluxos de solicitação, agendamento e execução de procedimentos sob regulação.



Fonte: BRASIL (2010)

**Figura 1 – Fluxo do atendimento eletivo regulado- Com autorização prévia**



Fonte: BRASIL (2010)

**Figura 2 – Fluxo de atendimento eletivo regulado- Sem autorização prévia**

Conforme a entrevista e as Figuras 1 e 2, observa-se que a regulação acontece pelo SISREG que pode ser acessado de qualquer computador que possua internet e que os gestores criem senhas de acesso para os funcionários do Núcleo de Regulação e Controle de Atendimento (NRCA) no caso de Centro de Saúde e na Gerência de Regulação do Controle e Avaliação (GRCA) em Hospitais. Todos os encaminhamentos ocorrem através do clínico, o paciente é atendido e o clínico faz um encaminhamento para uma especialidade, se for uma especialidade que é regulada, ele preenche uma ficha específica e o paciente direciona-se até a regulação do estabelecimento. Com esse encaminhamento o paciente, se possuir os dados no Cadastro Nacional de Saúde (CNS), basta inserir o número do cartão no SISREG, caso não tenha, é necessário adquirir o Cartão do SUS que é realizado no sistema CADSUS Web, gratuito e realizado em qualquer Centro de Saúde. Logo após esse procedimento é marcada a consulta clínica, o paciente é atendido no ambulatório e o médico clínico coloca seus dados no SISREG, o médico regulador para autorizar a consulta necessária faz uma análise de cada caso.

O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função.

Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não àqueles preconizados pela ação regulatória. Porém, compete a gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação (BRASIL, 2010).

Ainda conforme Brasil (2010), a gestão local deve definir a estratégia de implementação de informação e informática para as centrais de regulação. Contudo, a opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informações que irá operacionalizar este fluxo. O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a política nacional de informação em saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com a Programação Pactuada e Integrada (PPI), com o Cartão Nacional de Saúde (CNS), com o Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) e com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos complexos reguladores. Durante a entrevista, o profissional da gestão mencionou como funciona este processo:

*“O suporte do sistema (SISREG) é em Brasília e o nosso suporte complexo é aqui. Nós temos a videofonista que atende os municípios e tira dúvidas, nós temos administradores do sistema e nós temos médicos reguladores e equipe de apoio que atendem os usuários aqui. Temos a ouvidoria, então tudo isso é um conjunto de pessoas que dão um suporte que cada um precisa. Os administradores trabalham mais fazendo as agendas, porque todos os prestadores enviam essa agenda e a gente tem no sistema e cria essa agenda. E temos também os médicos que ficam analisando a alta complexidade, as unidades colocam no sistema e eles analisam tanto as unidades como os municípios. E nossa equipe obedece o critério patologia, qual o mais grave e qual não e os municípios além desse caso ainda tem a PPI que é a pactuação de acordo com o que eles pactuarão com a gente.”*

Em concordância com a entrevista, Mendes et al (2012) apontam que o acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde. A influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: fatores predisponentes (fatores que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde). Um bom exemplo é o gênero, já que as mulheres tendem a mostrar maior predisposição para o uso de serviços de saúde do que os homens; fatores capacitantes (os meios disponíveis às

peças para obterem cuidados de saúde); e necessidades de saúde (condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde).

A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado. Trata-se daquelas características dos serviços que permitem que os mesmos sejam mais facilmente utilizados pelos usuários. É considerada como uma característica adicional à mera presença ou disponibilidade de um serviço em um lugar e em um determinado momento. Para sistematizar tal conceito, a observação de duas dimensões que estão em contínua interação: (a) a acessibilidade sócio-organizacional, na qual estão listados todos os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário x serviços, tendo em vista à plena utilização, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento; (b) a acessibilidade geográfica que diz respeito à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das unidades (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Concebido teoricamente para dar conta da complexidade dos fatores e dimensões que interferem no processo saúde, doença e uso dos serviços do SUS, esse modelo do SISREG III não foi empiricamente testado, necessitando ainda de maior especificação de seus elementos. Sua principal qualidade até o momento é sua robustez teórica (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Dentre as principais dificuldades para a implementação e efetivação do sistema foram mencionadas durante a entrevista com o gestor em saúde:

*“Os municípios na realidade fazem uma pactuação com João Pessoa, mas tem situações que nos não temos nem pra nossa população [...] tem muitas invasões e pra você ter uma ideia a população de João Pessoa no último censo foi 780 mil pessoas [...] mas aparece 1 milhão e pouco de cartões do SUS cadastrados e o Ministério da Saúde na hora de mandar os recursos não consideram o 1 milhão e pouco e sim o 700 e pouco [...] os municípios na maioria das vezes não se preocupam pra que tenham um atendimento lá [...] mas os municípios como eles tem dificuldade de contratar lá, jogaram tudo pra João Pessoa. Aí não tem condições de atender, mas também não pode e não quis na época recusar esse dinheiro porque sabia que essa população vinha de todo jeito [...] por ser uma capital tem muitos parentes do pessoal do interior, um pai, um filho que conseguem mudar o endereço, diz que mora lá faz o tratamento e depois voltam pra casa [...] e umas solicitações desenfreadas, qualquer dor a pessoa pede uma ressonância, uma tomografia, um procedimento de alta e sem ter qualquer critério pra que tenha aquilo ali [...] algumas especialidades a gente consegue atender, mas*

*muitas não, essa pactuação foi feita em 2010 e ela também já ta defazada, era pra ter revisão a cada 3 meses e não tá acontecendo desde de 2010 [...] a maior dificuldade é não ter a revisão a cada 3 meses, não pode ser discutida as dificuldades”.*

Assim, é possível verificar que as dificuldades na efetivação do SISREG incorporam questões importantes de falha na identificação e fortalecimento dos estabelecimentos de assistência à saúde, poucos profissionais de saúde para trabalhar essas necessidades da população e corrupção da gestão em saúde que não incorpora as regras que dão suporte à lógica do sistema. No Artigo 8º da Portaria n.º 1559 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) estão elencadas as atribuições da regulação do acesso em dois pontos: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade. Porém observa-se que a garantia do acesso é limitada pela falta de vagas, longa espera por procedimentos de maior complexidade e falta de avaliação do sistema de regulação. A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, no entanto, depara-se com muitas barreiras. A utilização do processo regulatório como instrumento de gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Assim, é necessário criar espaços que protejam à saúde e que abriguem todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho e que principalmente a comunicação intersetorial trabalhe de forma efetiva com os demais, rumo à garantia do direito à saúde do cidadão.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do estudo, observa-se o processo de implementação do SISREG e as dificuldades das gestões de saúde no funcionamento e operacionalização da central de regulação no encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde intermunicipais. Diante dos resultados, é possível perceber que a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes,

ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços.

Com base na entrevista do profissional da gestão em saúde e da literatura apresentada é observado que houve uma grande descentralização nos polos reguladores, diminuindo as filas de espera por senhas nos centros de distribuições. Tendo assim um melhor acolhimento dos usuários pelas equipes de saúde e consequentemente um maior controle de pacientes, procedimentos, internações e tratamentos. Além disso, são priorizados os casos que mais necessitam de tratamento de uma maneira mais justa, onde usuários de cidades distantes podem ser regulados para outras unidades de saúde, em busca não só de consultas e exames de rotina, mas também procedimentos mais complexos.

Destaca-se ainda as questões relacionadas ao financiamento dos serviços de saúde que não é cumprido por algumas gestões de saúde levando a superlotação dos centros de referência e um pequeno número de profissionais da rede especializada de atendimento. Além disso, vários atendimentos ocorrem de forma incorreta a partir de ordens de dentro do próprio poder municipal, onde pacientes indicados pela prefeitura passam a ter preferência nas consultas e cirurgias.

Assim, este estudo mostra que a criação do sistema de regulação de saúde prioriza de modo geral a necessidade de cada indivíduo que necessite do atendimento, garantindo também os pagamentos pelos serviços de todos os níveis e funcionalidades com mais qualidade, ganhando mais procuras por trabalhos, especialidades, parcerias entre SUS e rede privada beneficiando a população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.559, em 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DOU, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à**

**saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM n. ° 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2903-2912, 2012.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

# DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PACIENTES PORTADORES DE FERIDAS CRÔNICAS

## DIFFICULTIES ENCOUNTERED BY PATIENTS WITH CHRONIC WOUNDS

Silvania Moreira Melo<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Jancelice dos Santos Santana<sup>3</sup>

Priscila Bodziak Perez de Castro<sup>3</sup>

### RESUMO

As feridas crônicas provocara várias mudanças na vida do indivíduo que a partir da patologia tem que alterar seus padrões e estilo de vida e passou a viver em função de seu problema, abrindo mão das coisas que mais gostavam e das atividades que desempenhavam. Este estudo objetiva analisar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e identificar às barreiras ao atendimento adequado, a fim de apontar soluções para superá-las. Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo foi utilizada uma pesquisa tipo survey de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa envolvendo a opinião de portadores de feridas crônicas em tratamento em uma UBS. Evidenciou-se que além da dor, a ferida crônica traz uma série de mudanças na vida do indivíduo, tais como o isolamento social, a necessidade de adaptarem-se as sessões diárias de curativos, as alterações na atividade física e deambulação, as abstenções alimentares, o uso de medicamentos contínuos e, especialmente, os distúrbios de autoimagem. Essas alterações provocam a desmotivação e a incapacidade para o autocuidado, e para as atividades de vida e de convívio social. Desta forma, além das intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção de complicações e recuperação das lesões teciduais, é preciso atuar na identificação de estratégias de enfrentamento frente a tais mudanças, a partir da promoção da autoestima, autonomia e autocuidado.

**Palavras-chave:** Feridas. Enfermagem. Dificuldades.

### ABSTRACT

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba. Email: [silvanniamello@hotmail.com](mailto:silvanniamello@hotmail.com)

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.



The chronic wounds caused several changes in the life of the individual who from the pathology had to change their patterns and lifestyle and began to live up to their problem, giving up the things they liked and the activities they performed. This study aims to promote the awareness of the Nursing professional for a better care regarding the treatment. In order to reach the objective proposed by the study, an exploratory-descriptive survey was used, with a quantitative and qualitative approach involving the opinion of patients with chronic wounds under treatment in a UBS. It has been shown that in addition to pain, the chronic wound brings a series of changes in the individual's life, such as social isolation, the need to adapt to daily dressings, changes in physical activity and ambulation, food abstention, the use of continuous medications and, especially, self-image disorders. These changes provoke demotivation and the incapacity for self-care, and for the activities of life and social life. It has been shown that in addition to pain, the chronic wound brings a series of changes in the individual's life, such as social isolation, the need to adapt to daily dressings, changes in physical activity and ambulation, food abstention, the use of continuous medications and, especially, self-image disorders. These changes provoke demotivation and the incapacity for self-care, and for the activities of life and social life. It has been shown that in addition to pain, the chronic wound brings a series of changes in the individual's life, such as social isolation, the need to adapt to daily dressings, changes in physical activity and ambulation, food abstention, the use of continuous medications and, especially, self-image disorders. These changes provoke demotivation and the incapacity for self-care, and for the activities of life and social life.

**Keywords:** Wounds. Nursing. Difficulties.

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos comprovam que a qualidade de vida (QV) em pacientes portadores de feridas crônicas em membros inferiores (MMII) afeta seu estilo de vida devido à dor, dificuldade de mobilidade, depressão, perda da auto-estima, isolamento social, inabilidade para o trabalho e frequentemente altera a imagem corporal. É importante o vínculo profissional, com a finalidade de ajudar os doentes e familiares a promover QV, tendo em vista uma expectativa de vida mais prolongada (EVANGELISTA et al 2012).

As feridas crônicas têm como principal característica o tempo prolongado de cicatrização, as recorrentes infecções e as complicações associadas a doenças de base. A etiologia dessas lesões são, principalmente, os problemas vasculares,

repercutindo com maior incidência as úlceras arteriais e venosas, úlceras neuropáticas e isquêmicas, e as úlceras por pressão. Uma ferida pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais, uma marca, uma perda irreparável ou uma doença incurável. Ela fragiliza e muitas vezes incapacitam o ser humano para diversas atividades, em especial para as laborativas (BEDIN et al, 2014; PAGLIARINI, 2011).

As concepções e práticas de saúde voltadas ao cuidado não comportam mais um olhar fragmentado que visa somente à doença. Busca-se uma prática assistencial, de acolhimento e respeito, para um ser com sentimentos e valores embasados na dignidade humana. Neste olhar integralizado é possível perceber que as pessoas sofrem psiquicamente por várias razões, dentre elas, pode-se destacar ter uma ferida crônica, a qual compromete a imagem corporal. Acredita-se, contudo, que é pertinente levarmos em consideração que uma ferida crônica pode ocasionar algumas problemáticas no decorrer da vida, tanto de ordem física quanto emocional. Física, pois pode incapacitar para algumas atividades cotidianas; e emocional, porque pode afetar psiquicamente a vida do indivíduo, influenciando seu modo de ser e estar no mundo. A saúde mental, hoje, é um aspecto extremamente importante para o bem-estar de todo ser humano (PAGLIARINI, 2011).

Este estudo objetiva analisar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e identificar às barreiras ao atendimento adequado, a fim de apontar soluções para superá-las.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo será utilizada uma pesquisa tipo survey de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa survey pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de um determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população alvo, por meio de um instrumento, normalmente um questionário. Como principais características do método de pesquisa survey pode-se citar o interesse de produzir descrições

quantitativas de uma população e fazer uso de um instrumento pré-definido (BABBIE, 1999).

Minayo e Sanches (1993) definem pesquisa exploratória, como o estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer. Em outras palavras, a pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere, onde pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre.

Já a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fenômenos (ou fatos) do mundo físico e especialmente do mundo humano que ocorrem na vida social, política, econômica do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas (CERVO; BERVIAN, 2002).

A população do estudo foi selecionada de forma aleatória a partir da identificação de dez (10) portadores de feridas crônicas em tratamento na Unidade de Saúde da Família na UBS do Centro João XXIII. A amostra foi identificada através dos Agentes Comunitários de Saúde na cidade de Mamanguape, dada a facilidade de acessar o público alvo devido a atividade exercida.

Para a coleta dos dados foram utilizados dois questionários, um para identificação da amostra e outro para a questão alvo da pesquisa, a qual tem o objetivo de detectar quais os problemas mais enfrentados por portadores de feridas crônicas, a partir de um questionário estruturado com questões objetivas e subjetivas, que foram realizadas de forma reservada e individual.

Os dados coletados foram analisados a partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa, assim como foi utilizada a bibliografia levantada sobre o tema para realizar a análise teórica, efetuando as reflexões críticas ou comparativas com base na literatura estudada.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos uma vez que envolve seres humanos, serão observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Resolução nº 510/2016. Ambas estabelecem qual a conduta do pesquisador no processo de investigação científica quando envolve seres humanos, resguardando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Assim, antes do

início da coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IESP, conforme Certidão de Aprovação, CEP/IESP, nº 00799418.2.0000.5184.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados acerca da caracterização da amostra de dez (10) portadores de feridas crônicas em tratamento na UBS investigada referente ao gênero, faixa etária, situação conjugal e situação de trabalho, encontram-se tabulados na Tabela 1.

| DADOS DOS PARTICIPANTES  |                |                   | Nº |
|--------------------------|----------------|-------------------|----|
| Gênero                   | Feminino       |                   | 08 |
|                          | Masculino      |                   | 02 |
| Faixa etária             | 20 a 30 anos   |                   | 00 |
|                          | 31 a 40 anos   |                   | 00 |
|                          | + de 40 anos   |                   | 10 |
| Situação Conjugal        | Solteiro (a)   |                   | 00 |
|                          | Casado (a)     |                   | 02 |
|                          | Divorciado (a) |                   | 01 |
|                          | Viúvo (a)      |                   | 07 |
| Aposentado / pensionista | ou             | Aposentado (a)    | 10 |
| Trabalhador ativo        |                | Trabalhador ativo | 00 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 1 – Caracterização dos portadores de feridas crônicas que participaram da pesquisa na cidade de Mamanguape - PB, 2018.**

Na tabela 1 é possível perceber a prevalência do sexo feminino, tendo em vista ser 80% dos entrevistados, mais um referencial notável, é a faixa etária com mais de 40 anos, correspondendo a 100% dos participantes da pesquisa. Quanto à situação conjugal, 70% dos entrevistados predomina-se viúvo, e quanto a situação de trabalho 100% referiu ser aposentado/pensionista. Diante disso, pode-se confirmar o que foi dito por Vieira et al (2017) que em sua pesquisa refere às condições do envelhecimento da população ao aparecimento das feridas crônicas, incluindo doença vascular, insuficiência venosa, hipertensão e diabetes mellitus. Ainda permanecem questões fundamentais sobre o efeito do envelhecimento na cicatrização e nos mecanismos de reparo das lesões, bem como a regeneração dos tecidos em idosos. Dentre os tipos de feridas crônicas mais frequentemente encontrados nos serviços da atenção básica de saúde, encontram-se as úlceras

vasculogênicas (UV) e as lesões por pressão (LP), que geralmente são de longa evolução e de resposta terapêutica variável.

Segundo Poletti (2000) as feridas crônicas são lesões graves da pele e tecidos subjacentes que causam problemas como dor, sofrimento, gastos financeiros, afastamento do trabalho e alterações psicossociais, exigindo do cuidador conhecimento e habilidade. Compete ao Enfermeiro capacitado prescrever coberturas/correlatos, mediante elaboração do Processo de Enfermagem, conforme previsto na Resolução COFEN nº 358/2009, e estabelecimento de Protocolo Institucional. Compete ao Técnico e Auxiliar de Enfermagem a realização do curativo, utilizando-se das coberturas/correlatos prescritos pelo Enfermeiro, sob sua supervisão e orientação (COFEN, 2009).

De acordo com Reis et al (2013), a úlcera venosa tornou-se um problema de saúde pública, dada sua alta incidência e sua característica crônica e recorrente, ocasionando tratamentos longos e complexos. Suas especificidades exigem um tratamento adequado, com condutas específicas e um profissional com conhecimento técnico e científico capacitado para o acompanhamento do processo de cicatrização. Dada a complexidade da lesão e suas consequências na vida do paciente, a atenção integral torna-se essencial, os fatores biopsicossociais podem influenciar no auto cuidado e na adesão ao tratamento.

| Entrevista                                | Opções de resposta            | Nº de respostas |
|-------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Onde o senhor (a) realiza seus curativos? | Em sua residência             | 10              |
|                                           | Na sua UBS                    | 00              |
|                                           | Em um setor particular        | 00              |
| Quanto tempo é portador da ferida?        | Mais de 6 meses               | 05              |
|                                           | Mais de 1 ano                 | 02              |
|                                           | Mais de 2 anos                | 03              |
| Qual a etiologia (causa) da ferida?       | Patológica                    | 07              |
|                                           | Traumas                       | 03              |
|                                           | Causas desconhecidas          | 00              |
| Quem realiza seus curativos?              | Algum membro da família       | 07              |
|                                           | Técnico de enfermagem da UBS  | 03              |
|                                           | Um profissional especializado | 00              |
| Quantas vezes por semana é                | 1 ou duas vezes               | 01              |

|                                                                                               |                                                                        |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| realizado o curativo?                                                                         | Dia alternados                                                         | 01        |
|                                                                                               | Todos os dias                                                          | 08        |
| Quem prescreveu ou indicou a medicação que o senhor (a) faz uso no momento?                   | Um parente ou amigo                                                    | 01        |
|                                                                                               | Nas farmácias                                                          | 01        |
|                                                                                               | Um profissional especializad                                           | 08        |
| Quem custeia (paga) as despesas do curativo?                                                  | <i>Pega na UBS</i>                                                     | 06        |
|                                                                                               | <i>Compra nas farmácias</i>                                            | 04        |
|                                                                                               | <i>É trazida por um profissional</i>                                   | 00        |
| O senhor (a) acha que sua UBS está preparada para os curativos de acordo com sua necessidade? | Sim                                                                    | 05        |
|                                                                                               | Não                                                                    | 02        |
|                                                                                               | Talvez                                                                 | 03        |
| Você acredita que sua cidade necessitava de um Setor especializado no tratamento de feridas?  | Sim                                                                    | 10        |
|                                                                                               | Não                                                                    | 00        |
|                                                                                               | Talvez                                                                 | 00        |
| O senhor (a) percebeu que sua ferida teve evolução?                                           | Sim                                                                    | 08        |
|                                                                                               | Não                                                                    | 01        |
|                                                                                               | Talvez                                                                 | 01        |
| Sua ferida mudou seu convívio com amigos e familiares?                                        | Sim                                                                    | 08        |
|                                                                                               | Não                                                                    | 02        |
|                                                                                               | Talvez                                                                 | 00        |
| <b>Sua ferida mudou sua relação com seu cônjuge?</b>                                          | <b>Sim</b>                                                             | <b>08</b> |
|                                                                                               | <b>Não</b>                                                             | <b>02</b> |
|                                                                                               | <b>Talvez</b>                                                          | <b>00</b> |
| <b>Você já sentiu vergonha da sua ferida?</b>                                                 | <b>Sim</b>                                                             | <b>03</b> |
|                                                                                               | <b>Não</b>                                                             | <b>07</b> |
|                                                                                               | <b>Talvez</b>                                                          | <b>00</b> |
| <b>O senhor (a) deseja acrescentar algo que não lhe foi perguntado?</b>                       | <b>OBS: Todos apresentaram satisfação nas perguntas já realizadas.</b> |           |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 2 – Resultado do questionário abordando as dificuldades enfrentadas pelo portador de ferida crônica tratados em uma UBS na cidade de Mamanguape PB.**

Percebe-se que em todos os entrevistados são realizados curativos em domicílio, em sua maioria pela falta de mobilidade, por estar acamados ou cadeirantes. Quanto ao tempo da ferida, observa-se que 50% são portadores há mais de seis meses, 20% há 1 ano e 30% há mais de 2 anos. Durante as visitas,

percebeu-se que 70% dos curativos são realizados por parentes, e 30% pelo o técnico de enfermagem da UBS, sendo observada a falta de um profissional capacitado, como um Enfermeiro especializado em Dermatologia, para ter um olhar mais minucioso e crítico em relação à ferida, e quanto a solicitação de exames laboratoriais para se aprofundar em conhecimento quanto a demora de uma epitelização de uma ferida.

Verificou-se que em sua maioria, os pacientes e seus cuidadores seguem a risca a indicação médica quanto a cobertura. Em 60% dos entrevistados comprovou-se que havia material disponível para o procedimento de curativos entregues pela referida UBS. Os outros 40% custeiam seus próprios curativos pelo fato de alegarem ter condições de comprar.

Mesmo com a maioria de pacientes (50%) afirmando que sua UBS tem capacidade para trabalhar com as suas feridas e curativos, 100% afirmam que sua cidade Mamanguape necessita de um setor especializado em feridas e curativos, com profissionais de enfermagem com especialização em dermatologia, para assim, poderem prescrever as coberturas necessárias para cada classificação de feridas.

Apesar de não haver falta de materiais para curativos e haver relatos de resposta quanto a ferida, não foi encontrado nenhum curativo mais moderno e eficaz (ex: espumas, hidrolóides, ...), a não ser os materiais mais conhecidos como gazes e ataduras. Pode-se observar que quanto ao convívio com familiares, é quase impossível não ter havido mudanças, maioria dos pacientes declaram que eram pessoas ativas em seus afazeres domésticos e lares familiares, e que depois de sua ferida, suas vidas foram restritas a seus lares.

Conforme Carmo et al (2007), há algum tempo o tratamento das lesões tissulares não é apenas focado na realização da técnica do curativo incorporando além disso, toda a metodologia da assistência que o enfermeiro presta incluindo a avaliação do estado geral do paciente, exame físico direcionado de acordo com a etiologia da lesão, escolha do tratamento e da cobertura a ser utilizada. Os itens a serem analisados durante a avaliação do estado geral do paciente compreendem: higiene, estado nutricional, hidratação oral, sono/ repouso, eliminações, etilismo/ tabagismo, alergias, patologias associadas, medicamentos em uso, idade, estresse,

ansiedade, condições da pele. O enfermeiro pode pesquisar o diagnóstico da úlcera venosa através da detecção de seus principais sinais e sintomas.

No estudo realizado por Reis et al (2013), percebeu-se que a maioria dos profissionais demonstrou baixo conhecimento sobre a úlcera venosa, englobando outros tipos de lesão. Essa confusão também foi evidenciada nas respostas quanto aos cuidados e às orientações aos portadores sobre a úlcera, sendo que algumas citaram ações voltadas para úlcera por pressão. O problema da deficiência do conhecimento específico influencia na escolha equivocada da conduta, ou na sua utilização para todos os tipos de lesões, prolonga a cicatrização e aumenta as chances de recidiva, diminuindo o poder de resolutividade da Atenção Básica de Saúde. Isso gera uma descrença dos usuários, que não têm suas necessidades atendidas e passam a procurar a atenção secundária ou terciária.

A partir do diagnóstico o enfermeiro constrói planos de cuidados cujos objetivos são proporcionar condições que minimizem o tempo de cicatrização da ferida, reduzem os riscos de infecções, prevenção de recidivas, garantam a segurança e conforto do paciente, dentre outros. Cabe ao enfermeiro estabelecer comunicação terapêutica com o cliente visando à valorização das queixas apresentadas e o respeito à particularidade de cada indivíduo. Vale ressaltar a importância do enfermeiro em utilizar comunicação verbal familiar à linguagem do paciente, para que o mesmo possa compreender as informações que lhes são transmitidas e, assim, comprometer-se com sua saúde possibilitando o cumprimento das ações que lhes são delegadas a fim de garantir o sucesso do tratamento (CARMO et al, 2007).

Diante do exposto, conclui-se a necessidade da capacitação dos enfermeiros ficou evidente, além de investimento para a melhoria das condições de trabalho para eles. A integralidade ainda não tem sua finalidade incorporada na realidade das unidades de saúde, mesmo sendo uma diretriz do SUS. Assim, o tratamento da úlcera venosa encontra-se prejudicado, ocasionando cronicidade da lesão, altos índices de recidivas, onerando gastos públicos que poderiam ser evitados ou aplicados em outras ações.



#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude do resultado exposto, observa-se que a pesquisa foi satisfatória, tendo em vista a colaboração dos participantes e seus cuidadores, podendo perceber também, o compromisso que a Unidade Básica de Saúde apresenta diante dos portadores de feridas. Constatou-se que a enfermeira da unidade de saúde investigada prescreve todo material necessário para os curativos, como gazes, esparadrapos e ataduras, não deixando também de prescrever os cremes de barreira, AGE (óleo de girassol) e segundo prescrição médica, a kollagenase.

Todos os dias, de acordo com a necessidade, é enviado um profissional técnico de enfermagem as residências desse pacientes portadores de feridas para realização do curativo. Mesmo diante de toda assistência oferecida, não pode-se deixar de fazer algumas observações, como a exemplo, a falta de conhecimento por parte do profissional que realiza o procedimento do curativo, evidenciado pelo comodismo do curativo padrão com gaze e atadura. Precisa-se ainda por parte de alguns profissionais da equipe de enfermagem buscar um conhecimento maior com relação as coberturas, para uma melhor qualidade no serviço prestado, assim poderá proporcionar um prognóstico mais favorável.

Destaca-se ainda que ser portador de uma ferida crônica traz uma série de mudanças na vida do indivíduo, tais como o isolamento social, a necessidade de adaptarem-se as sessões diárias de curativos, as alterações na atividade física e deambulação, as abstenções alimentares, o uso de medicamentos contínuos e, especialmente, os distúrbios de autoimagem. Essas alterações provocam a desmotivação e a incapacidade para o autocuidado, e para as atividades de vida e de convívio social.

As feridas crônicas provocam várias mudanças na vida do indivíduo que a partir da patologia tem que alterar seus padrões e estilo de vida e passa a viver em função de seu problema, abrindo mão das coisas que mais gostavam e das atividades que desempenhavam. Evidenciou-se que além da dor, da inabilidade para desempenhar determinadas funções, ocorreu um déficit na autoestima, levando em consideração que a vaidade é uma característica inerente à mulher, além disso, os padrões de beleza estabelecidos pela sociedade agravam ainda mais este quadro.

Desta forma, além das intervenções de enfermagem direcionadas para a prevenção de complicações e recuperação das lesões teciduais, é preciso atuar na identificação de estratégias de enfrentamento frente a tais mudanças, a partir da promoção da autoestima, autonomia e autocuidado. Conclui-se que a enfermagem hoje, necessita ver o paciente como um todo, não apenas pela sua patologia, pela sua ferida. Faz-se necessário que os profissionais de saúde continuem a busca do aprimoramento contínuo de sua prática, contribuindo para as ações cada vez mais embasadas em princípios científicos, o que refletirá na melhor qualidade de cuidado oferecido a quem cuidamos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **Competências do Enfermeiro Estomaterapeuta Ti SOBEST ou do Enfermeiro Estomaterapeuta**. [Internet]. São Paulo: SOBEST, 2016

BABBIE, Earl. Métodos de pesquisas de survey. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1999.

BEDIN, Liarine Fernandes et al. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 61-7, 2014. Disponível em: <  
[http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos\\_para\\_leitura/educacao\\_em\\_sauude/Estrategias\\_de\\_promocao\\_da\\_autoestima.pdf](http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_sauude/Estrategias_de_promocao_da_autoestima.pdf)>. Acesso em: 02/10/2018.

CARMO, Sara da Silva et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 506- 517, 2007.

CERVO, Amanda L.; BERVIAN, Pedro Alcino. Pesquisa, conceitos e definições. **Metodologia científica**, v. 5, p. 65-66, 2002.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 2009.

EVANGELISTA, Delciene Gonçalves et al. Impacto das feridas crônicas na qualidade de vida de usuários da estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.

PAGLIARINI, et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2011.

POLETTI, NadiaAntonia Aparecida. O **cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas**: a busca de evidências para a prática. 2000. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2000.

REIS, Diego Borges do et al. Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 102-112, 2013.

SANTOS, Antonio Adriano Rodrigues dos et al. Avaliação e tratamento de feridas: o conhecimento de acadêmicos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 547-552, 2010.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito et al. Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2017.

# ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

## NURSE WORK IN FAMILY PLANNING

Keit Albino da Silva<sup>27</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>28</sup>

Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>

Wesley Dantas de Assis<sup>3</sup>

### RESUMO

O Planejamento Familiar (PF) requer amplas discussões e tem despertado o interesse de muitos profissionais. Em 2007, foi criada a Política Nacional de Planejamento Familiar com o intuito abranger as ações educativas e informativas referentes a saúde sexual e reprodutiva. O enfermeiro é responsável pelas consultas de PF na Atenção Básica desempenhando um papel fundamental em uma decisão importante. O objetivo deste estudo foi verificar de acordo com a literatura pertinente, a atuação do enfermeiro no PF identificando as ações de enfermagem para a sua execução. Esta pesquisa é do tipo bibliográfica, exploratória e descritiva, a partir de dados coletados na Biblioteca Virtual em Saúde. Assim, este estudo visa conscientizar os profissionais da enfermagem acerca da sua atuação no PF concedendo aos cidadãos acesso à informação, serviços de saúde e aos métodos contraceptivos eficazes e seguros, permitindo que o paciente tenha uma vida sexual segura e saudável. Com isso ter o livre arbítrio de escolher se terão ou não filhos e o momento mais adequado para tê-los. O enfermeiro tem o dever de informar e orientar sobre PF, ressaltando os benefícios não só para a mulher, como também, para família. Porém, fazer o PF é uma decisão totalmente voluntária, todas as medidas devem ser devidamente explicadas (cessando todas as dúvidas) para que seja escolhido o método mais apropriado de tratamento. Para isso, é necessário um conhecimento eficaz por parte do profissional.

**Palavras-chave:** Planejamento familiar. Educação. Enfermagem.

### ABSTRACT

Family Planning (FP) requires extensive discussions and has attracted the interest of many professionals. In 2007, the National Family Planning Policy was created to cover educational and informational activities related to sexual and reproductive health. The nurse is responsible for FP consultations in Primary Care playing a key role in an important decision. The objective of this study was to verify, according to the pertinent literature, the nurse's role in the FP identifying the nursing actions for its

---

<sup>27</sup> Graduanda de Enfermagem. Discente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – IESP. Contato (83) 988934910, email: keith\_albino@hotmail.com

<sup>2</sup> Orientadora. Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

execution. This research is of the bibliographic, exploratory and descriptive type, based on data collected in the Virtual Health Library. Thus, this study aims to raise the awareness of nursing professionals about their role in the FP granting citizens access to information, health services and effective and safe contraceptive methods, allowing the patient to have a safe and healthy sex life. With this you have the free will to choose whether or not you will have children and the most appropriate time to have them. The nurse has the duty to inform and guide about FP, highlighting the benefits not only for the woman, but also for the family. However, making the FP is a completely voluntary decision, all measures must be properly explained (ceasing all doubts) so that the most appropriate method of treatment is chosen. For this, it is necessary an effective knowledge on the part of the professional.

**Keywords:** Family planning. Education. Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

Dentre as diversas políticas públicas de saúde, o Planejamento Familiar (PF) tem como objetivo principal garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania de ter ou não filhos, sendo este um exercício da paternidade responsável, permitindo o controle sobre a quantidade de filhos e o intervalo de tempo entre as gestações. As atividades de informação do PF são extremamente relevantes e as suas ações são desenvolvidas principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), por equipes multiprofissionais que trabalham com população adstrita, visando formação de vínculo entre o serviço e a comunidade. Estas equipes são responsáveis, além da assistência em PF, pela integração com outros serviços de atenção à saúde reprodutiva, de pós-parto e aborto, prevenção do câncer do colo do útero e de controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), a fim de promover assistência global à usuária em qualquer contato com o serviço de saúde (BRASIL, 2002).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984 pelo Ministério da Saúde (MS), objetivou proporcionar uma cobertura de forma integral a saúde da mulher. Dentre outras ações, método contraceptivo destacou-se no PAISM, influenciando assim, a criação da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, no Brasil, que corresponde ao direito de homens e mulheres em decidir sobre quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, cabendo ao Sistema Único de Saúde (SUS), garantir serviços com ações/atividades resolutivos para esse fim. Ao implementar o programa de PF o MS visa que a educação em saúde alcance as perspectivas desejadas, aumentando sua efetividade (BRASIL, 2004).

Porém, apesar das várias informações e atividades criadas, existem alguns problemas enfrentados na oferta e prestação de serviços no PF. Em destaque está a insuficiência de métodos para atender a população; a falta de capacitação profissional; poucas ações de divulgação referente ao programa; pouco entrosamento entre os governos federal e municipal, aos quais tornam a assistência inadequada, contradizendo o que é normatizado pelo Estado, oferecido pela ESF e posto em prática pela população.

A partir daí, podem existir impactos negativos nas ações do PF, no que se refere a saúde e a vida dos usuários. Questões podem ser levantadas a respeito da qualidade do serviço ofertado, que por sua vez permite a avaliação para continuidade da assistência ou se há necessidade de mudanças. São essenciais e podem garantir um bom funcionamento do programa as informações repassadas aos usuários, tanto na assistência a concepção, como na contracepção; dar ao usuário o livre arbítrio na escolha e utilização dos métodos contraceptivos, informando sempre a forma correta para utilização; desenvolver uma estratégia visando a proximidade entre os serviços de saúde e os usuários para que assim seja possível um acompanhamento adequado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), pouco mais de 120 milhões de mulheres usam algum método contraceptivo com o mesmo objetivo, evitar uma gravidez, pelo simples motivo que hoje as mulheres preferem se realizar pessoalmente e profissionalmente, retardando ou até mesmo muitas vezes deixando de lado a maternidade. Com a análise dos dados coletados foram identificados alguns pontos importantes: primeiro é elevar o nível de informação as famílias sobre o PF, como é o seu funcionamento e qual o seu intuito; segundo buscar informações sobre os problemas familiares, para que assim possa ser traçado não só um perfil específico da família, como também uma estratégia para melhor acolhê-los e com isso os profissionais terem maior desempenho em atendimento; fortalecer as informações sobre a importância do uso dos preservativos, enfatizar sobre os riscos relacionados a troca de parceiros; terceiro buscar referências que somem para o seu entendimento sobre o assunto, sempre buscando uma forma dinâmica e diferente para atrair a atenção no momento em que se for aconselhar sobre a gravidez inesperada e até mesmo orientar as famílias que

possuem um número alto de membros, modificando o conceito de PF para uma forma clara, objetiva e de fácil entendimento em relação ao público e área onde está sendo abordado o assunto.

Diante do mencionado, o objetivo geral deste estudo foi verificar de acordo com a literatura pertinente, a atuação do enfermeiro no PF identificando as ações de enfermagem para a sua execução.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Esta pesquisa é do tipo bibliográfica e exploratória. A pesquisa bibliográfica tem como objetivo compreender as principais contribuições teóricas existentes sobre um tema, considerando a produção já existente. Já a pesquisa exploratória objetiva a definição, classificação e caracterização inicial do problema, buscando a verificação de diretrizes e práticas que podem ser mudadas e elaborar um plano alternativo para substituí-los (DIEZ; HORN, 2013).

Diante do exposto, este estudo tem como questão: Como a literatura descreve a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e quais os métodos empregados para a execução deste?

Para a realização deste estudo, foram selecionados artigos acadêmicos e publicações do Ministério da Saúde indexadas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Para selecionar o material foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem, planejamento familiar, estratégia saúde da família. A pesquisa foi realizada durante o segundo semestre de 2018. A busca inicial resultou em 102 publicações das quais foram utilizadas 22 como referência para o estudo. Os critérios para a seleção da amostra foram que a publicação abordasse, no título ou no resumo, a temática investigada; estivesse no intervalo entre 2009 a 2018; disponível na íntegra e no idioma português.

Para análise dos dados coletados, este estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo, visando obter indicadores qualitativos que permitem a inferência de conhecimentos relativos à temática investigada.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após a leitura do material, realizou-se a síntese dos textos selecionados para o estudo, a fim de atingir os objetivos propostos neste trabalho. Concluídas as etapas de análise dos artigos selecionados, surgiram como unidades temáticas:

- Planejamento Familiar nos serviços de saúde no Brasil, que diz respeito a criação desta política, a legislação vigente e as dificuldades de implementação;
- A assistência de enfermagem no Planejamento Familiar, que apresenta as ações e métodos ofertados pela enfermagem no serviço de saúde.

#### **3.1 Planejamento Familiar nos serviços de saúde no Brasil**

No Brasil, percebeu-se uma redução na taxa de fecundidade para dois filhos por mulher no ano de 2006, sendo considerada uma das menores da América Latina igualando-se a de países desenvolvidos como, EUA e aproximando-se a de países como França (1,9) e Suécia (1,7) (BRASIL, 2013).

O Planejamento Familiar (PF) é um dos projetos mais bem-sucedidos já criados para a atenção à saúde, cabendo ao profissional de saúde identificar e entender as necessidades do usuário, sua cultura, o que ela permite e respeitando suas decisões e permitir o livre arbítrio no momento da escolha do método contraceptivo que mais se adequa. Crenças, valores morais e sociais tem o poder de influenciar mulheres e homens na prática da contracepção de forma igual. No caso do PF, os problemas de saúde pública em questão são: o controle da taxa de natalidade, redução do aborto, saúde da mulher, redução da pobreza. O controle da taxa de natalidade foi uma das primeiras metas do PF no Brasil e o objetivo é evitar altas taxas de fecundidade (COELHO, 2005).

Algumas atividades utilizadas, tais como palestras em grupos ou individuais, não tem sido muito eficaz no que se refere à assistência característica da saúde, segundo a análise realizada nos artigos citados aqui, pois há um baixo índice de usuários ativos. Baseado nesses dados pode-se verificar algumas políticas públicas que foram desenvolvidas para o controle da natalidade, destacando-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – (PAISM) MS/1984; Constituição Federal



de 1988; Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – (PNAISM) MS/2004; Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos – (PNDSDR) MS/2005 (BRASIL, 2013).

Uma das finalidades na qual os seres humanos praticam sexo é para reprodução, outra é para o simples prazer. Diante disto, há muito tempo são criados e testados vários métodos com a finalidade de controlar a gravidez inesperada e possíveis DTS's. Desde a época da antiguidade existem relatos sobre a falta de assistência e com isso as mulheres sofreram consequências relacionadas a gravidez não planejada, como, pré-natal que naquela época não existia um acompanhamento adequado, nem mesmo no parto, abortos induzidos ou não, que para algumas mulheres acabaram em morte (VIANA; MARTINS; GEBER, 2001).

Com o passar do tempo foram sendo criadas medidas para auxiliar o controle de natalidade, fertilidade e mortalidade, com a produção de materiais relacionados ao problema em questão. Os interesses reprodutivos se tornaram adversos em paralelo com o surgimento de classes sociais, gerando assim, a adoção de comportamentos reguladores. Durante muitos anos as mulheres foram consideradas impuras e tudo relacionado a elas eram vistos como pecado, visão esta, montada pela igreja. Porém os anos foram passando e essa visão foi mudando a partir do momento em que a “virgindade” se tornou sagrada e o matrimônio acabou se tornando uma forma de assegurar a procriação, condenando a sexualidade e qualquer tipo de expressão corporal (COELHO, 2005).

Na década de 1920, a saúde virou questão social, época marcada pela sociedade capitalista, tendo como principal economia o café, o aumento populacional era necessário para o crescimento da economia, em contrapartida, teve também um aumento significativo na pobreza, marginalização, nas doenças e DSTs, tornando-se um problema político. A Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), criada em 1965, permitiu que as mulheres tivessem acesso aos métodos contraceptivos, em destaque a pílula, que é disponibilizada gratuitamente, porém, não tinha um acompanhamento médico adequado. Depois disso, na década de 60, juntou-se aos métodos contraceptivos o DIU. Sua divulgação foi considerada

eficaz, permitindo com que as mulheres dissociassem a sexualidade da procriação (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Entres os anos de 1978 e 1984, a BEMFAM juntamente com outros órgãos, investiram um valor significativo em programas de PF, porém não houve supervisão adequada, onde muitos medicamentos contraceptivos foram distribuídos sem nenhum tipo de orientação. Como mencionado anteriormente o PAISM foi de grande auxílio ao PF. Neste programa a mulher é concebida não apenas como um órgão reprodutivo, mas na sua integralidade e em todas as fases de seu ciclo vital (COELHO, 2005).

De acordo com a pesquisa realizada em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres que moram na região sudeste são as que mais se preocupam com a prevenção e fazem uso de algum tipo de método, como pode ser observado na Tabela 1 abaixo.

| Grandes Regiões,<br>Unidades da<br>Federação<br>e<br>situação do<br>domicílio | Total de mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, ainda menstruam e fizeram uso de métodos para evitar a gravidez (1 000 pessoas) |                               |                 |              |                               |                 |             |                               |                 |             |                               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|-------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------|-----------------|
|                                                                               | Total<br>(1)                                                                                                                                                                  |                               |                 | Cor ou raça  |                               |                 |             |                               |                 |             |                               |                 |
|                                                                               |                                                                                                                                                                               |                               |                 | Branca       |                               |                 | Preta       |                               |                 | Parda       |                               |                 |
|                                                                               | Total                                                                                                                                                                         | Intervalo de confiança de 95% |                 | Total        | Intervalo de confiança de 95% |                 | Total       | Intervalo de confiança de 95% |                 | Total       | Intervalo de confiança de 95% |                 |
|                                                                               |                                                                                                                                                                               | Limite inferior               | Limite superior |              | Limite inferior               | Limite superior |             | Limite inferior               | Limite superior |             | Limite inferior               | Limite superior |
| <b>Brasil</b>                                                                 | <b>23447</b>                                                                                                                                                                  | <b>22850</b>                  | <b>24045</b>    | <b>11508</b> | <b>10973</b>                  | <b>12042</b>    | <b>1798</b> | <b>1587</b>                   | <b>2009</b>     | <b>9784</b> | <b>9366</b>                   | <b>10202</b>    |
| Urbana                                                                        | 20870                                                                                                                                                                         | 20289                         | 21451           | 10485        | 9958                          | 11012           | 1601        | 1401                          | 1802            | 8475        | 8083                          | 8867            |
| Rural                                                                         | 2577                                                                                                                                                                          | 2362                          | 2793            | 1023         | 896                           | 1150            | 197         | 125                           | 269             | 1309        | 1159                          | 1460            |
| <b>Norte</b>                                                                  | <b>1710</b>                                                                                                                                                                   | <b>1607</b>                   | <b>1813</b>     | <b>366</b>   | <b>304</b>                    | <b>427</b>      | <b>106</b>  | <b>81</b>                     | <b>131</b>      | <b>1201</b> | <b>1108</b>                   | <b>1294</b>     |
| Rondônia                                                                      | 181                                                                                                                                                                           | 163                           | 198             | 46           | 29                            | 64              | 12          | 5                             | 19              | 122         | 106                           | 138             |
| Acre                                                                          | 100                                                                                                                                                                           | 92                            | 109             | 20           | 15                            | 25              | 8           | 4                             | 11              | 70          | 62                            | 79              |
| Amazonas                                                                      | 387                                                                                                                                                                           | 357                           | 417             | 81           | 61                            | 101             | 10          | 4                             | 17              | 269         | 237                           | 301             |
| Roraima                                                                       | 53                                                                                                                                                                            | 48                            | 58              | 12           | 8                             | 16              | 5           | 3                             | 7               | 35          | 30                            | 40              |
| Pará                                                                          | 752                                                                                                                                                                           | 657                           | 846             | 153          | 99                            | 208             | 52          | 30                            | 73              | 546         | 463                           | 629             |
| Amapá                                                                         | 95                                                                                                                                                                            | 85                            | 104             | 16           | 11                            | 21              | 9           | 5                             | 12              | 68          | 58                            | 78              |
| Tocantins                                                                     | 143                                                                                                                                                                           | 127                           | 159             | 37           | 27                            | 48              | 11          | 4                             | 17              | 91          | 73                            | 110             |
| <b>Nordeste</b>                                                               | <b>5377</b>                                                                                                                                                                   | <b>5123</b>                   | <b>5632</b>     | <b>1446</b>  | <b>1260</b>                   | <b>1632</b>     | <b>545</b>  | <b>441</b>                    | <b>649</b>      | <b>3275</b> | <b>3068</b>                   | <b>3481</b>     |
| Maranhão                                                                      | 513                                                                                                                                                                           | 425                           | 602             | 121          | 59                            | 182             | 66          | 35                            | 97              | 320         | 253                           | 388             |
| Piauí                                                                         | 297                                                                                                                                                                           | 266                           | 329             | 66           | 43                            | 89              | 25          | 11                            | 38              | 204         | 173                           | 235             |
| Ceará                                                                         | 956                                                                                                                                                                           | 868                           | 1044            | 192          | 144                           | 240             | 28          | 7                             | 49              | 711         | 639                           | 784             |

|                     |              |             |              |             |             |             |            |            |            |            |             |             |
|---------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Rio Grande do Norte | 352          | 308         | 397          | 147         | 110         | 183         | 21         | 5          | 37         | 17         | 149         | 210         |
| Paraíba             | 336          | 293         | 380          | 147         | 109         | 186         | 18         | 7          | 30         | 17         | 137         | 202         |
| Pernambuco          | 851          | 759         | 943          | 343         | 280         | 407         | 52         | 27         | 76         | 43         | 363         | 511         |
| Alagoas             | 303          | 268         | 338          | 94          | 68          | 120         | 15         | 4          | 26         | 18         | 156         | 220         |
| Sergipe             | 270          | 243         | 298          | 71          | 51          | 90          | 18         | 11         | 24         | 17         | 151         | 201         |
| Bahia               | 1497         | 1313        | 1682         | 265         | 124         | 407         | 30         | 212        | 393        | 88         | 738         | 1040        |
| <b>Sudeste</b>      | <b>10453</b> | <b>9970</b> | <b>10935</b> | <b>5797</b> | <b>5354</b> | <b>6239</b> | <b>817</b> | <b>651</b> | <b>983</b> | <b>368</b> | <b>3361</b> | <b>4002</b> |
| Minas Gerais        | 2540         | 2279        | 2801         | 1017        | 785         | 1249        | 304        | 171        | 438        | 121        | 1031        | 1398        |
| Espírito Santo      | 495          | 442         | 549          | 171         | 129         | 212         | 61         | 39         | 84         | 25         | 201         | 312         |
| Rio de Janeiro      | 1968         | 1806        | 2129         | 954         | 826         | 108         | 21         | 154        | 273        | 77         | 664         | 881         |
| São Paulo           | 5450         | 5081        | 5819         | 3655        | 3302        | 400         | 23         | 163        | 313        | 14         | 120         | 167         |
| <b>Sul</b>          | <b>4261</b>  | <b>4056</b> | <b>4466</b>  | <b>3280</b> | <b>3062</b> | <b>349</b>  | <b>19</b>  | <b>130</b> | <b>263</b> | <b>75</b>  | <b>636</b>  | <b>882</b>  |
| Paraná              | 1456         | 1328        | 1585         | 978         | 847         | 110         | 33         | 8          | 58         | 42         | 340         | 519         |
| Santa Catarina      | 1075         | 977         | 1174         | 884         | 772         | 995         | 55         | 11         | 99         | 13         | 86          | 185         |
| Rio Grande do Sul   | 1730         | 1604        | 1855         | 1418        | 1285        | 155         | 10         | 66         | 152        | 19         | 126         | 262         |
| <b>Centro-Oeste</b> | <b>1646</b>  | <b>1564</b> | <b>1728</b>  | <b>619</b>  | <b>554</b>  | <b>684</b>  | <b>13</b>  | <b>101</b> | <b>167</b> | <b>86</b>  | <b>795</b>  | <b>943</b>  |
| Mato Grosso do Sul  | 289          | 265         | 312          | 129         | 107         | 152         | 13         | 5          | 22         | 14         | 121         | 165         |
| Mato Grosso         | 324          | 285         | 362          | 105         | 78          | 132         | 29         | 10         | 48         | 18         | 153         | 224         |
| Goiás               | 702          | 642         | 762          | 248         | 202         | 295         | 54         | 32         | 77         | 38         | 333         | 444         |
| Distrito Federal    | 331          | 298         | 365          | 137         | 108         | 165         | 37         | 24         | 51         | 14         | 124         | 174         |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013.

(1) Inclusive as pessoas de cor ou raça amarela e indígena.

**Tabela 1 - Total de mulheres de 18 a 49 anos de idade que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, ainda menstruam e fazem uso de métodos para evitar a gravidez, por cor ou raça, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e a situação do domicílio em 2013**

Apesar de historicamente o PF ser considerado um tema de natureza política, o Brasil nunca estimulou na prática o controle de natalidade, sendo marcado pela omissão governamental, não impôs leis, nem assegurou os direitos a reprodução da população. Deste modo, propostas informais foram desenvolvidas para que se ampliasse a divulgação da importância dos métodos contraceptivos, com isso obtiveram-se resultados na diminuição das taxas de fecundidade no Brasil.

Em um período de 10 anos, houve uma redução significativa na taxa de fecundidade no país. Como exemplo tem-se o Nordeste que no período citado reduziu em até 40%, onde cada mulher tinha uma média de 5,2 filhos e passando para 3,1, no entanto é considerada uma das mais altas do Brasil. Contudo, o ato de tornar acessível a todas as pessoas e classes sociais o uso de contraceptivos foi importante para mudar esse quadro, atualmente 76,7% das mulheres utilizam algum tipo de contraceptivo (FERNANDES, 2003).

### **3.2A assistência de enfermagem no Planejamento Familiar**

Com o passar dos anos a enfermagem vem ganhando cada vez mais espaço no que se refere a PF, porém, influências socioculturais, econômicas e históricas acabam interferindo na compreensão sobre quem é, quais suas atribuições e qual a importância do profissional enfermeiro. Segundo o Manual Técnico de “Assistência em Planejamento Familiar” (2002), existem três tipos de atividades necessárias: **educativas**, dando livre acesso às informações e posteriormente a escolha do melhor método contraceptivo; **aconselhamento**, identificar as necessidades do indivíduo ou do casal, entender as preocupações, angústias, medos, dentre outras questões, e com isso aconselhar da melhor maneira possível, construindo assim, uma relação de confiança; **assistência clínica**, que inclui a promoção, proteção e recuperação da sua saúde em qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Para a primeira consulta é muito importante que a mulher tenha passado por todas as etapas necessárias, como, anamnese, exame físico, ginecológico e outros, além das atividades educativas. É atribuição do Enfermeiro, com base na Portaria MS/GM Nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006b, p, 25):

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;  
IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;  
V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e  
VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Posteriormente sofrendo alteração pela Portaria MS/GM nº 1.625, de 10 de julho de 2007 (BRASIL, 2007):

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.  
II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou do Distrito Federal.

Segundo o COFEN (1987, p. 3), além destas atribuições, a prescrição de medicamentos também é de competência do Enfermeiro, fundamentada pela Lei Nº 7.498 de 25 de junho de 1986, em seu Art. 11º, inciso II, alínea c, sendo regulamentado pelo Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987, em seu Art. 8º, inciso II, alínea c, [...] “prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.”

Conhecer a legislação incentiva não só o enfermeiro, como também, toda a equipe de saúde a utilizar a ética no exercício de sua profissão, podendo encontrar algumas dificuldades, não só com a população, mas também com os colegas, e com isso ter a capacidade necessária para contornar a situação e resolver o problema. O tempo passa e o enfermeiro se destaca no que se refere a pró-atividade, identificação das necessidades referente a cuidados com a população, ser decisivo para promoção, prevenção e proteção à saúde. A atuação do enfermeiro na assistência ao PF em Unidades Básicas de Saúde (UBS) faz-se necessário elaborar rotinas e protocolos devidamente reconhecidos e aprovados pela Secretaria Municipal de Saúde (COSTA; CRISPIM, 2010).

A família não deve ser tratada separadamente, mas sim de forma integralizada que possui regras implícitas e explícitas que influenciam no desenvolvimento, na promoção da qualidade de vida e do bem-estar dos membros que dela fazem parte. Verifica-se também que famílias negras pobres são muitas

das vezes chefiadas por mulheres e ampliada por outros parentes, como: tios, avós, primos. Contam com fatores estressantes, um deles o econômico, que muitas vezes não sabem como lidar com a situação. Outros pontos que não devem ser ignorados são o social e político. Estas dificuldades poderiam ser evitadas com a participação mais ativa dos profissionais, entendimento sobre as funções do enfermeiro e a importância da organização e sistematização da consulta de enfermagem na ESF (COELHO, 2005).

Apesar de todas as iniciativas tomadas, é necessária uma investigação mais detalhada de como está sendo a interação e aderência ao PF por parte da população, e das orientações repassadas pelo enfermeiro. Dentre os métodos contraceptivos pode-se citar (BRASIL, 1996; BRASIL, 2002):

**Métodos naturais:** fazem parte a auto-observação de sinais e sintomas que o organismo libera no ciclo menstrual, evidenciando o período fértil da mulher, para aqueles que desejam uma gravidez, é neste período que existem mais chances, caso contrário deve-se evitar as relações sexuais. Esse modo não é o mais eficaz, sua possibilidade de falha atinge 20%, existem vários métodos e orientações, conforme exposto no Quadro 1. Cientificamente existem três hipóteses para determinar o período fértil da mulher (BRASIL, 1996):

- 1º - A ovulação que ocorre entre o 11º e o 16º dia que antecede a menstruação;
- 2º - Após a liberação do óvulo, o mesmo sobreviverá por aproximadamente 24 horas;
- 3º - Depois de ser expelido na vagina, espermatozoide, poderá fecundar um óvulo dentro de 48 a 72 horas.

| <b>Método</b>                                        | <b>Orientações</b>                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oginos Knaus</b><br><b>(Calendário/Tabelinha)</b> | Para que funcione é necessário que a mulher analise de 6-12 meses a menstruação a partir do 1º dia, para que assim possa ter uma noção de quantos dias é o seu ciclo, e com isso fazer um cálculo com melhor proximidade do dia fértil (BRASIL, 1996). |
| <b>Muco Cervical (ou Billings)</b>                   | Sob o efeito do hormônio estrógeno, a vulva se torna mais úmida e lubrificada, neste momento o muco se torna transparente, escorregadio, elástico, assemelha-se a                                                                                      |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     | clara do ovo, facilitando assim o acesso dos espermatozoides ao colo uterino (BRASIL, 2002).                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Ejaculação Extravaginal (Coito Interrompido)</b> | Esse método é mais comum, porém não é o mais eficaz, porque requer um controle sobre o momento exato de interromper a ejaculação por parte do homem, mesmo assim o risco é alto já que o homem expõe a secreção que ajuda a lubrificar a vagina e em meio a isto pode ir junto alguns espermatozoides (BRUNNER; SUDDARTH, 2006). |
| <b>Temperatura Basal Corporal</b>                   | O método, através da verificação diária da temperatura basal, permite que seja identificado o período de fertilidade, para verificação é necessário que a mulher tenha dormido no mínimo 3 horas (BRASIL, 1996).                                                                                                                 |
| <b>Cinto Térmico</b>                                | Observa-se sinais e sintomas referentes a temperatura, muco, além de aspectos físicos e psicológicos, indicando o período de ovulação (BRASIL, 2002).                                                                                                                                                                            |

Fonte: Elaboração própria, 2018.

#### **Quadro 1 – Métodos contraceptivos naturais e orientações**

**Métodos de barreira:** o próprio nome já diz, utilizar meios para evitar que os espermatozoides cheguem ao colo uterino, podendo ser obstáculos mecânicos ou químicos, os principais métodos nesta modalidade estão no Quadro 2 (BRASIL, 2002).

| <b>Método</b>                           | <b>Orientações</b>                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Condom ou Preservativo Masculino</b> | A base de látex, como uma camisa, veste o pênis. Criado com o intuito de reter o esperma no momento da ejaculação e evitar o contato com os fluidos vaginais, tendo como benefício evitar a gravidez e reduzir de contaminação por DSTs e HIV (BRASIL, 2002). |
| <b>Preservativo Feminino</b>            | Esse preservativo é feito à base de poliuretano, já vem lubrificado e possui dois anéis um solto dentro do tubo que facilita na hora de inserir e o outro externo que cobre parte da vulva evitando o contato entre o                                         |

|                        |                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | pênis e a vagina e serve de reservatório para o esperma (BRASIL, 2002).                                                                                                                                                   |
| <b>Diafragma</b>       | Anel flexível em forma de cúpula e centro de borracha ou silicone de uso exclusivo feminino, utilizado para cobertura total do colo uterino (BRASIL, 1996).                                                               |
| <b>Espermicida</b>     | Esse método químico cobre toda vagina e colo uterino desempenhando a função de dificultar a entrada dos espermatozoides, paralisando e destruindo os mesmos (BRASIL, 2002).                                               |
| <b>Esponja Vaginal</b> | É de fácil uso, reduz a propagação de DSTs, entre elas a tricomoniase e a gonorreia, podendo também desenvolver em algumas mulheres ressecamento vaginal, reações alérgicas ao material ou espermicida (BURROUGHS, 1995). |

Fonte: Elaboração própria, 2018.

## **Quadro 2 – Métodos contraceptivos de barreira e orientações**

**Métodos Hormonais:** os Anticoncepcionais Hormonais Orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção. São indicados medicamentos que tenham pouco efeito no metabolismo e que tenha baixa dosagem de estrogênio ou progestagênios (BRASIL, 1996; VIANA; MARTINS; GEBER, 2001).

Para isto, podem ser empregados medicamentos compostos por dois hormônios sintéticos semelhantes ao da mulher, estrogênio e o progestogênio, estes hormônios combinados tem o efeito de inibir a ovulação, causando mudanças temporárias no endométrio e no muco, tanto fisicamente, como quimicamente. Dividindo-se em: Monofásica, esta possui uma dose de hormônio igual em todos 21 comprimidos; Bifásica, mesmos hormônios em proporções diferentes, com dois tipos de comprimidos; Trifásica, mesmos hormônios, três tipos de comprimidos com proporções diferentes (BRASIL, 2002).

As cartelas com 21 drágeas iniciam-se no 1º de sangramento e pausa de 7 dias; Cartelas com 22 drágeas com início no 1º dia de sangramento e pausa de 6 dias; Cartelas com 24 drágeas início no 1º dia de sangramento pausa de 4 dias e cartelas de 28 drágeas início no 1º dia de sangramento não ocorrendo pausa. Com a contraindicação do estrogênio para algumas mulheres a melhor opção fica sendo a



progesterona comprimido que possui uma dose baixíssima de progestogênio. Em uso regular e correto a taxa de falha fica entre 0,5% e 1% (BRASIL, 2002). Existem três vias de administração, apresentadas no Quadro 3.

| <b>Vias de administração</b> | <b>Recomendações</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Oral</b>                  | Toma-se por três semanas e dá-se o intervalo de uma semana (BRASIL, 2002).                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Injetáveis</b>            | De uso exclusivamente feminino, a administração é intramuscular (IM), sendo combinados estrogênios e progestagênios é necessário repetir a cada mês, sendo apenas o hormônio progestagênio a repetição pode ocorrer a cada três meses, utilizado corretamente a eficácia se iguala a laqueadura (BRASIL, 1996). |
| <b>Implante ou Norplant</b>  | Esse procedimento é uma cirurgia de pequeno porte na parte interna do braço, onde são implantados seis tubos flexíveis, não biodegradáveis, contendo o hormônio levonorgestrel, liberado quase na mesma velocidade (lenta) durante 5 anos (VIANA; MARTINS; GEBER, 2001).                                        |

Fonte: Elaboração própria, 2018.

### **Quadro 3 – Vias de administração dos contraceptivos hormonais e recomendações**

Algumas situações especiais, como a lactação ou falhas nos demais métodos, requerem do profissional a indicação de outros métodos contraceptivos representados no Quadro 4.

| <b>Situação especial</b>      | <b>Orientações</b>                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Lactente</b>               | A partir do momento que a mulher deixa de amamentar exclusivamente, indica-se que ela faça uso de contraceptivos a base de progesterona com cartelas de 35 comprimidos, desde que a mesma tenha parido a mais de 45 dias (BRASIL, 2002). |
| <b>Esquecimento da pílula</b> | No caso de uma, deve ser lembrada assim                                                                                                                                                                                                  |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | que lembrar os demais devem ser tomados nos horários de costume, em caso de dois, tomar nos dois dias subsequentes, se ocorrer mais que dois, utilizar outros métodos de contracepção em conjunto, como o preservativo, para garantir que não ocorrerá a gravidez (VIANA; MARTINS; GEBER, 2001).                                                                                                                                                                                                                |
| <b>DIU</b>        | A base de polietileno, podendo ser adicionado hormônios ou cobre, sendo inserido no útero tem a função de dificultar a passagem dos espermatozoides interferindo na fecundação do óvulo (BRASIL, 2002).                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Laqueadura</b> | Procedimento cirúrgico que seccionam as tubas uterinas. As desvantagens são: em caso de falha existe altas chances de gravidez tubaria; procedimento tecnicamente difícil; procedimento permanente; não oferta tipo de proteção contra DSTs e HIV, entre outras (BRUNNER; SUDDARTH, 2006).                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Vasectomia</b> | Procedimento ao qual interrompe a passagem dos espermatozoides pelo canal deferente no momento da ejaculação, realizado através de incisão com necessidade de sutura ou punção. Já as desvantagens: arrependimento por parte do paciente por se tratar de um procedimento permanente, apesar de poder reverter, requer vasto conhecimento na técnica, não oferta tipo de proteção contra DSTs e HIV, até que todos os espermatozoides sejam ejaculados ainda é possível uma gravidez (BRUNNER; SUDDARTH, 2006). |

Fonte: Elaboração própria, 2018.

#### **Quadro 4 – Métodos contraceptivos em situações especiais e orientações**

É importante que o paciente obtenha todas as informações necessárias e fique consciente que após alguns dias ao qual foi realizado o procedimento ficará estéril, que não terá a potência comprometida e que por ser um procedimento cirúrgico faz-se necessária autorização formal através de um termo devidamente assinado pelo paciente.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para entender as políticas e serviços de PF, primeiramente procurou-se entender toda a trajetória histórica da nossa população.

Pois, apesar dos marcos legais e legislativos ainda existe uma necessidade de programas de capacitação e reciclagem periódicas para os profissionais da saúde como um todo, bem como, a reestruturação das ações desempenhadas na ESF em PF. Além da atuação na defesa dos direitos de escolha das mulheres, o PF trabalha incessantemente para que os mesmos, sejam garantidos no Brasil.

Diante disto, faz-se necessária uma investigação mais detalhada de como está sendo a interação e aderência ao PF por parte da população e das orientações repassadas pelo enfermeiro. Contudo, o profissional enfermeiro obteve prestígio e autonomia no desempenho do seu papel perante a sociedade. Com isso espera-se que os novos profissionais se dediquem ao conhecimento e ao desenvolvimento de sua profissão.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Plano de Ação 2004-2007**. Brasília; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília; 1997.

\_\_\_\_\_. **Lei 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e da outras providencias. Brasília; 1986.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 94.406/87**. Regulamenta a Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília; 1987.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Lei do planejamento familiar. Diário Oficial da União. Brasília; 1996. p. 561-70.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília; 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde de 26 de janeiro de 2001**. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília; 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004 - 2007**. Série C. Projetos, programas e relatórios. 1ª ed. Brasília (DF); 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007. **Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde; Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde**. Brasil, 2007.

BURROUGHS, A. **Uma introdução a enfermagem materna**: 6ª ed. Artes Médicas. Porto Alegre;1995.

BRUNNER; SUDDARTH. **Enfermagem Médica Cirúrgica**. Ed. nº 10. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro; 2006

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. Política de Planejamento Familiar em João Pessoa - PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p.119-27, jun. 2000.

COELHO, E. B. S. Enfermagem e o Planejamento Familiar:as interfaces da contracepção. **Rer. Bras. Enf.**; 2005

COSTA, M. M.; CRISPIM, Z. M. Política de saúde do planejamento familiar na ótica do enfermeiro. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 4, n. 2, 2010

DIEZ, C. L. F.; HORN, G.B. **Orientações para elaboração de projetos e monografias**. 3ª ed. Revista atualizada. Petrópolis – RJ: Editora Vozes, 2013

FERNADES, M.F.M. **Mulher, família e reprodução**. Brasil; 2003.

VIANA, L.C.; MARTINS, M.; GEBER, S. **Ginecologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

# CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

## KNOWLEDGE OF NURSING ACADEMICS ABOUT PRESCRIPTION OF MEDICINES

Severina Mayara da Silva Oliveira<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Zirleide Carlos Félix<sup>3</sup>

Ana Cláudia Gomes Viana<sup>3</sup>

### RESUMO

A prática da prescrição medicamentosa é uma ação importante na consulta de enfermagem e imprescindível para o andamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tendo em vista que estudos mostram que os graduandos em enfermagem as vezes não dispõem de uma base de conhecimentos eficiente em relação a autonomia do enfermeiro. Este estudo tem como objetivo verificar o conhecimento dos discentes de enfermagem acerca da prescrição de medicamentos realizada pelo enfermeiro na ESF. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa do tipo pesquisa-ação, a partir da aplicação de um questionário com os discentes de enfermagem selecionados para o estudo. O ato de receitar medicamentos pelo enfermeiro foi sancionado pela Lei nº 7.498/86, que regula o exercício profissional da enfermagem no Brasil, mesmo com toda a regulamentação, ainda existem questionamento por parte, principalmente, dos acadêmicos de Enfermagem. Consequentemente, pode-se observar que o ato de receitar realizado pelo enfermeiro nas ESF é limitado, dependendo de protocolos que cada Estado ou Município gera. Pretende-se com este estudo mostrar que a categoria de profissionais de enfermagem alcançou seu espaço nesse novo modelo de organização da saúde, sendo uma ferramenta principal para atender a demanda espontânea a qual procura os serviços de saúde, e que este trabalho favorece grande parte da população que vai a procura desses serviços. Além disso, ampliar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre o assunto mostrando que não há motivos para manter tal insegurança para exercer a autonomia referente à sua funcionalidade prescritiva.

**Palavras-chave:** Prescrição de Medicamentos. Enfermagem. Programa Saúde da Família.

### ABSTRACT

---

<sup>29</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba- IESP. Telefone: (83) 99154-7181. Email: mayara\_oliveira.5@hotmail.com.

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

The practice of prescription medication is an important action in the nursing consultation and essential for the progress of care in the Family Health Strategy (ESF). Considering that, studies show that nursing graduates sometimes do not have an efficient knowledge base regarding nurses' autonomy. This study aims to verify the knowledge of nursing students about the prescription of medicines performed by the nurse in the FHT. This is an exploratory-descriptive research with a quantitative-qualitative research-action approach, based on the application of a questionnaire with the nursing students selected for the study. Law No. 7.498 / 86, which regulates the professional practice of nursing in Brazil, sanctioned the act of prescribing medication by the nurse, even with all the regulations, there is still questioning on the part, mainly, of nursing students. Consequently, it can be observed that the act of prescribing performed by the nurse in FHS is limited, depending on protocols that each State or Municipality generates. The aim of this study is to show that the category of nursing professionals has reached its space in this new model of health organization, being a main tool to meet the spontaneous demand that seeks the health services, and that this work favors much of the demand for these services. In addition, broaden the knowledge of nursing academics on the subject showing that there is no reason to maintain such insecurity to exercise autonomy regarding its prescriptive functionality.

**Keywords:** Prescription Medications. Nursing. Family Health Program

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações voltadas aos sujeitos, suas famílias e comunidade. Com a evolução no acesso, na equidade, na integralidade e nas diretrizes do SUS, tanto no desenvolvimento qualitativo – com a melhoria de indicadores de morbidade e mortalidade, como no quantitativo – com o aumento progressivo e rápido da implantação de um número elevado de equipes em todo Brasil, o PSF deixa de ser um programa vertical de caráter governamental e passa a ser uma política de governo, denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF), assumida pelo Ministério da Saúde, que busca reorganizar o modelo assistencial brasileiro (XIMENES, 2007).

No atendimento e acompanhamento das pessoas e das famílias na ESF, um dos avanços conquistado pela Enfermagem que torna o enfermeiro cada vez mais

autônomo e independente em seu trabalho, diz respeito ao ato de prescrever medicamentos, entretanto essa função têm despertado muitos questionamentos que envolvem desde o respaldo legal, assim como, a competência dos enfermeiros para tal atribuição. A prática da prescrição de medicamentos é uma ação importante na consulta de enfermagem e imprescindível para o andamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF). O ato da prescrição de medicamentos é regulamentado pela Lei n. 7.498/1986, que regula o Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil; o Decreto n. 94.406/1987; e a Resolução do COFEN n. 271/2002, revogada pela Resolução COFEN n. 317/2007. Tal fato não retira a possibilidade do ato de prescrever medicamentos na consulta de enfermagem nos programas de saúde pública, visto que, a revogação não remete a um retrocesso do ponto de vista do agir ético-profissional do enfermeiro. Entretanto, este conjunto de leis e resoluções não devem ser os únicos caminhos para orientar/regulamentar o ato prescritivo (OGUISSO, 2007).

O enfermeiro deve ter clareza sobre a legislação que regula seu exercício profissional para que possa desenvolver uma prática clínica com competência e qualidade, realizando ações seguras à pessoa humana. Entretanto, estudos apontam o surgimento de problemáticas que demonstram a tensão entre ações prescritivas e a liberdade de ação nos programas de saúde; a relação saber/Fazer na prática profissional; e a Falta de nitidez na Portaria da Secretaria de Saúde e Ação Social que permite a prescrição de medicamento pelo enfermeiro (XIMENES, 2007).

O COFEN baixou a Resolução N.º 271, em 12 de Julho de 2002, que regula ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Segundo esse documento, o enfermeiro tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados. Assim, a prescrição de medicamentos é uma ação de enfermagem, quando praticada pelo enfermeiro, como integrante da equipe de saúde. No entanto, os limites legais para a prática desta ação são os Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em instituições de saúde, pública ou privada. Faz-se mister que os currículos dos cursos de graduação de enfermagem contemplem o preparo técnico do futuro enfermeiro para realização das ações que



envolvem a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos e a requisição de exames. (OGUISSO, 2007).

Diante estes temas, surgiu o interesse em realizar esta pesquisa a fim de ressaltar a importância do conhecimento dos discentes nas avaliações e em suas condutas, e para que isso tenha êxito, é necessário que o discente de enfermagem tenha uma base adequada ainda na academia, com a disciplina oportuna e professores especialistas, os quais venham trazer para esses discentes o conhecimento aprofundado e detalhado necessário para essa formação, dessa forma, garantindo uma assistência competente para esses pacientes.

Desta forma identifica-se que a preparação do profissional de enfermagem é crucial para uma assistência eficiente na consulta de Enfermagem, tendo em vista vários resultados de pesquisas no Brasil, mostram as dificuldades dos discentes na prescrição de medicamentos nas consultas, encontrando dificuldades tanto na avaliação quanto na escolha do medicamento ideal para cada caso. Assim, este estudo tem como objetivo verificar o conhecimento dos discentes de enfermagem sobre a prescrição de medicamentos nas Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo foi utilizada uma pesquisa do tipo pesquisa-ação de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Esse método é relatado como uma pesquisa de campo onde o pesquisador pessoalmente se envolve diretamente no mundo escolhido para o estudo, o autor deve ser proativo na investigação. Ele deve propor ações e depois avaliar os resultados delas na população envolvida (TRIPP, 2005). É um método de coleta de informações diretamente de pessoas a respeito de seus conhecimentos. A coleta de informações é feita através de questionários, aplicados no público alvo escolhido para realização da pesquisa. Para Freitas (2000), o método utiliza um instrumento predefinido, que é o questionário, para obter descrições quantitativas de uma população; é quantitativo, e sua escolha deve estar associada aos objetivos da pesquisa.

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população pesquisada. Estabelece dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados, são utilizados instrumentos para a pesquisa que podem ser: inventários, questionários entre outros. O autor ainda fala que a Pesquisa Exploratória busca se familiarizar com algum tema específico buscando a construção de hipóteses. É, portanto, bastante flexível quanto ao seu planejamento, tomando a forma de: pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

A população do estudo foi composta por discentes de enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP, localizada na cidade de Cabedelo-PB. Os critérios de inclusão da amostra foram que o discente esteja matriculado no 8º, 9º e 10º período do curso de enfermagem e ter cursado a disciplina de semiologia. A seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes.

Para a coleta dos dados foi elaborado um questionário com questões objetivas e subjetivas que atendam aos objetivos propostos pelo estudo. O questionário foi aplicado online a partir da plataforma do Google Formulários. Após a coleta os dados foram organizados e passaram pelo processo de análise, para que fosse transformado em informação. Nessa fase foi exigida a utilização de análises estatísticas: média, frequência, porcentagem, entre outros (para variáveis quantitativas) e métodos compreensivos como a análise do discurso (para variáveis qualitativas).

Os dados foram analisados a partir da bibliografia levantada sobre o tema para realizar a análise teórica, efetuando as reflexões críticas ou comparativas com base na literatura estudada. A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos uma vez que envolve seres humanos, foram observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Resolução nº 510/2016, ambas estabelecem qual a conduta do pesquisador no processo de investigação científica quando envolve serem humanos, resguardando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Assim, antes do início da coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em

Pesquisa do IESP, tendo sido aprovado conforme o parecer consubstanciado CAAE nº 95644118.3.0000.5184.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados acerca da caracterização dos discentes pesquisados no Instituto de Educação Superior da Paraíba em Cabedelo estão representados na Tabela 1.

| Dados dos participantes                                                                                        |                  | n* | frequência (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----|----------------|
| Gênero                                                                                                         | Feminino         | 58 | 77,3%          |
|                                                                                                                | Masculino        | 17 | 22,7%          |
| Faixa etária                                                                                                   | 18 a 25 anos     | 18 | 24%            |
|                                                                                                                | 26 a 35 anos     | 34 | 45,3%          |
|                                                                                                                | 36 a 45 anos     | 16 | 21,3%          |
|                                                                                                                | Mais de 46 anos  | 07 | 9,3%           |
| Período em curso                                                                                               | 8º período       | 27 | 36%            |
|                                                                                                                | 9º período       | 19 | 25,3%          |
|                                                                                                                | 10º período      | 29 | 38,7%          |
| Atua ou já atuou como auxiliar ou técnico na área da saúde?                                                    | Não              | 51 | 68%            |
|                                                                                                                | Sim              | 24 | 32%            |
| Você conhece ou já ouviu falar sobre os protocolos de prescrição de medicamentos para o Enfermeiro da Paraíba? | Não              | 40 | 53,3%          |
|                                                                                                                | Sim              | 21 | 28%            |
|                                                                                                                | Ouvi falar       | 14 | 18,6%          |
| Cursou alguma disciplina que abordasse esse tema? Se sim, Qual?                                                | Não              | 49 | 65,2%          |
|                                                                                                                | Não lembro       | 10 | 13,3%          |
|                                                                                                                | Sim              | 04 | 5,3%           |
|                                                                                                                | Farmacologia     | 04 | 5,3%           |
|                                                                                                                | Prontuário       | 03 | 4%             |
|                                                                                                                | Saúde da família | 02 | 2,6%           |
|                                                                                                                | Saúde da mulher  | 02 | 2,6%           |
|                                                                                                                | SUS              | 01 | 1,3%           |
| Total                                                                                                          |                  | 75 | 100%           |

**Tabela 1 – Caracterização dos discentes de enfermagem participantes da pesquisa no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Cabedelo, 2018.**  
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na Tabela 1 é possível observar a prevalência do sexo feminino na população investigada confirmando uma tendência de feminização da força de trabalho em saúde, embora o crescimento do sexo masculino no curso de graduação em enfermagem venha crescendo visivelmente nesses últimos 5 anos. Este interesse demonstra que as concepções sobre a enfermagem estão passando por transformações, deixando de ser uma profissão exclusivamente feminina,

embora ainda predominante (LUCESI et al, 2005; NASCIMENTO et al, 2008; WETTERICH et al, 2007).

Quanto à variável idade, observou-se que 45,3% dos estudantes entrevistados incluem-se na faixa etária entre 26 a 35 anos, embora ainda há um número muito relevante também de alunos com a faixa etária entre 18 a 25 anos que é 24%, isto reflete um dado confirmado pelos indicadores de distribuição da população em idade ativa realizado pelo IBGE (2015), indicando que a faixa etária de 18 a 29 anos da população no Ensino Superior nas regiões metropolitanas do Brasil, representam 58,5% da população. Para Nascimento (2008) este fato pode estar relacionado ainda à profissão de enfermagem por existir muitas ofertas e possibilidades no mercado de trabalho.

A maioria dos estudantes investigados (68%) nunca atuou como auxiliar ou técnico de Enfermagem. Sobre os protocolos de prescrição de medicamento na Paraíba, mais da metade dos respondentes (53,3%) afirmou que não tem conhecimento sobre os protocolos, os outros disseram que conhecem e alguns apenas ouviram falar. Em relação as disciplinas que abordassem a prescrição do enfermeiro na ESF, mais da metade dos discentes (65,2%) respondeu que não cursou nenhuma disciplina sobre o assunto, os demais mencionaram as disciplinas Farmacologia, Prontuário, Saúde da família, Saúde da mulher e SUS.

As questões subjetivas foram submetidas a análise do discurso dos participantes que conforme Orlandi (2003) objetiva classificar o discurso como produção quanto como objeto de análise. Esses elementos podem ser detectados a partir de uma hipótese temática apontada em termos da construção do corpus e do objetivo do trabalho analítico. A seguir, o Quadro 1 apresenta a formação discursiva dos sujeitos, construídos a partir dos excertos das respostas acerca do que os acadêmicos de enfermagem entendem por prescrição de medicamentos.

| FORMAÇÃO DISCURSIVA                                                                            |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Pouco conhecimento dos acadêmicos sobre a prescrição de medicamentos realizado pelo enfermeiro |                       |
|                                                                                                | DISCURSO DOS SUJEITOS |
| Nada                                                                                           |                       |

É quando eu faço adequadas noções de farmacodinâmica, farmacocinética, dose, interações e efeitos adversos.

É a medicação passada pelo médico e a orientação de sua forma de tomar e duração do tratamento.

Um ato médico

Que apenas é permitido no PSF

Uma responsabilidade enorme e respeito ao paciente.

Precisamos da bula para saber o que estamos tomando  
Definir o melhor medicamento para determinada patologia.

Prescrever uma medicação para um paciente  
É um medicamento receitado por um profissional legalmente habilitado.

Letras legíveis. Para não haver erros no tratamento.

Os medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro, ou seja, receitados aos pacientes.

É um cuidado que o profissional tem com seu paciente diante de um diagnóstico para ajudá-lo no tratamento

De acordo com o peso dosagem e patologia

Ter o direito de prescrever conforme conhecimento adotado

Uma rotina de cuidados com a saúde, autorizando a compra de medicamentos para o paciente específico.  
Apenas profissional habilitado como médico- odontólogo- enfermeiro entre outros pode receitar medicamentos com a dose- via-horário- peso- de acordo com a patologia do cliente.

Um pouco. Acho só na prática vou aprender mais. Não é toda medicação que o enfermeiro pode prescrever

**Quadro 1 - Formação discursiva dos sujeitos a partir dos excertos das respostas acerca do que os acadêmicos de enfermagem entendem por prescrição de medicamentos no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Cabedelo, 2018.**

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Apesar de muitas respostas positivas, a maioria relatou que não sabe ou que entende pouca coisa sobre o assunto. Alguns descreveram a prescrição de medicamentos como um ato exclusivo do médico ou uma rotina de cuidados de saúde para a compra de medicamentos.

Assim, observa-se o pouco conhecimento sobre a temática, retratando que os estudantes de graduação em enfermagem não conhecem o conceito de prescrição de medicamentos realizada pelo enfermeiro. Isto pode ser um reflexo da lacuna que as instituições de ensino superior têm em divulgar e esclarecer sobre a temática,

tendo em vista que a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro vem sendo bastante discutida no cenário nacional da saúde.

O enfermeiro possui respaldo ético-legal para prescrever medicamentos, dentro dos limites que a própria Lei do Exercício nº 7.498/86 impõe, mediante protocolos legalmente estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e em consonância com a Portaria GM nº 1625, de 11/07/2007, que promoveu a alteração das atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. O COFEN tem buscado normatizar o direito do enfermeiro de prescrever certos medicamentos, dentro dos parâmetros instituídos na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n.º 7.498 de 25 de Junho de 1986 (BRASIL, 1986). Nesse sentido, a Resolução COFEN n.º 317, de 02 de Agosto de 2007, regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames (COFEN, 2007). Segundo esse documento, o enfermeiro tem autonomia na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados. Assim, a prescrição de medicamentos é uma ação de enfermagem, quando praticada pelo enfermeiro, como integrante da equipe de saúde.

No entanto, os limites legais para a prática desta ação são os Programas de Saúde Pública e a aprovação dessas rotinas. No aspecto relacionado à prescrição de medicamentos, existe também a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº20/2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Assim, com o art. 4º desta resolução, fica claro que a prescrição de medicamentos deverá ser realizada por profissionais regularmente habilitados, não se tratando de ato exclusivamente médico (ANVISA, 2011).

Mesmo prevista em Lei, essa prática da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro tem suscitado intensos debates com críticas, sobretudo da categoria médica. Apesar do respaldo legal, e a despeito dos embates judiciais, a discussão entre profissionais ainda é incipiente, gerando dúvidas em antigos e novos profissionais. Em consequência dessa situação, observam nos serviços de saúde distintas práticas relacionadas a esta ação, de tal forma que se percebe nos

discursos dos graduandos de enfermagem e na maioria dos enfermeiros uma sensação de incapacidade para esta prática e insegurança quanto à legalização dessa atribuição. Além disso, em função do avanço tecnológico constante, novas legislações vêm sendo implantadas no setor saúde e na enfermagem resvalando na prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, pondo-a constantemente em teste, uma vez que seus limites não parecem claros para muitos profissionais da saúde, inclusive para o enfermeiro (GOMES, 2002).

O Quadro 2 apresenta a formação discursiva dos sujeitos a partir dos excertos das respostas sobre o acadêmico se sentir preparado para prescrever medicamentos com segurança.

| <b>FORMAÇÃO DISCURSIVA</b>                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Falta de confiança dos acadêmicos de enfermagem na autonomia de prescrever medicamentos</b> |  |
| <b>DISCURSO DOS SUJEITOS</b>                                                                   |  |
| <b>Não por falta de conhecimento sobre o assunto (falta de preparo na formação acadêmica)</b>  |  |
| <b>Sim</b>                                                                                     |  |
| <b>As vezes sim e as vezes não pelo fato que eu não tenho experiência na profissão</b>         |  |
| <b>Não porque é uma atribuição do médico e não do enfermeiro</b>                               |  |
| <b>Sim porque já estou bem preparado</b>                                                       |  |
| <b>Não porque não sei quais são todos que o enfermeiro pode prescrever</b>                     |  |
| <b>Sim por causa da convivência com médico na Estratégia de saúde da família.</b>              |  |
| <b>Não sinto segurança, mas isso não impede de buscar essa preparação</b>                      |  |
| <b>Sim porque já atuo na área de saúde</b>                                                     |  |

**Quadro 2 - Formação discursiva dos sujeitos a partir dos excertos das respostas sobre o acadêmico se sentir preparado para prescrever medicamentos com segurança no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Cabedelo, 2018.**

Fonte: dados da pesquisa, 2018

As respostas do Quadro 2 mostram que os discentes ainda não estão preparados técnica e cientificamente para prescrever medicamentos, pois relatam não ter conhecimentos aprofundados para esta prática. Percebe-se nos discursos que os graduandos de enfermagem se sentem inseguros e receosos nas ações

prescritivas, justificado pela falta de preparo durante o curso de formação. Os poucos participantes que declararam sentir segurança na prescrição de medicamentos, já atuam na área de saúde.

Para que os enfermeiros possam atuar com responsabilidade e eficácia em sua assistência, dando ao paciente uma assistência humanizada e de conduta correta para que na maioria das vezes venham a obter a melhora ou até mesmo a cura de enfermidades, esse profissional precisa ter autonomia e segurança no seu procedimento, evitando assim um agravamento do quadro. O importante é ter o conhecimento necessário de avaliação e de cada critério a ser examinado, traçar um planejamento com um tratamento eficaz e adequado para cada tipo de queixa, visando sempre a cura quando possível, e em outros casos, usar de tratamentos paliativos que venham a trazer uma boa qualidade de vida para este paciente.

A Figura 1 representa as respostas dos acadêmicos de enfermagem sobre os medicamentos que eles acreditam que o Enfermeiro tem autonomia para prescrever nas unidades da ESF aqui na Paraíba e qual a indicação da utilização do medicamento selecionado.

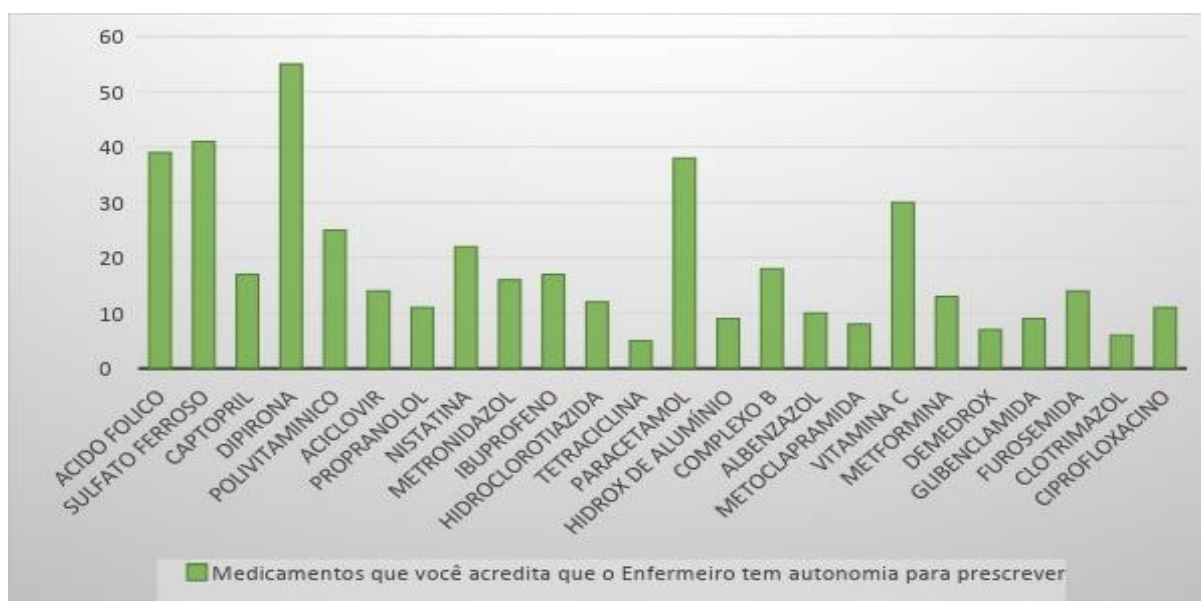


**Figura 1 - Respostas dos acadêmicos de enfermagem sobre os medicamentos que eles acreditam que o Enfermeiro tem autonomia para prescrever nas unidades da ESF no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Cabedelo, 2018.**

Fonte: dados da pesquisa, 2018.



Destaca-se que a maioria dos participantes conhece alguns dos medicamentos prescritos pelo enfermeiro, mas poucos descreveram a indicação dos medicamentos selecionados. Observa-se a grande dificuldade que os enfermeiros enfrentam dentro da Estratégia Saúde da Família, com relação à prescrição de medicamentos. E também com a liberdade de ação nos mesmos, onde na maioria, pode-se afirmar que estas dificuldades advenham de um sistema de saúde que se encontra em transformação, ou mesmo de um modelo hegemônico centrado na figura do médico para um modelo de Estratégia Saúde da Família desempenhada por equipe interdisciplinar com intuito de melhorar a qualidade de saúde da população (MENDES, 2002).

Observa-se, portanto, que o enfermeiro exerce um papel relevante na atenção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade na ESF e que, a partir destas ações ele assume atribuições específicas da profissão e as que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da equipe, tornando-o um profissional essencial para o desenvolvimento dessa estratégia de saúde. Todavia, apesar desse reconhecimento e valorização das atribuições do enfermeiro, no que tange à prescrição de medicamentos ele ainda tem enfrentado obstáculos para conquistar sua autonomia.

É importante ressaltar também que o enfermeiro pode prescrever os medicamentos previstos nos protocolos e manuais pertencentes aos programas de saúde pública ou em rotina das instituições, assim sendo, os gestores de cada unidade de dispensação não podem negar-se a fornecer o medicamento prescrito pelo enfermeiro, uma vez que este esteja vinculado à instituição que contenha o programa. Sendo assim, a Lei e as Resoluções do exercício da enfermagem encontram-se respaldadas nos seguintes programas do Ministério da Saúde: Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS da Coordenadoria de Assistência à Saúde; Viva Mulher; Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança; Controle de Doenças Transmissíveis, dentre outros. Encontra respaldo também nos Manuais de Normas Técnicas publicados pelo mesmo Ministério, tais como: Capacitação de enfermeiros em Saúde Pública para Sistema Único de Saúde – Assistência Pré-natal de baixo risco; Planejamento Familiar, Controle e tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus; Procedimento para atividade e controle da tuberculose;

Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase; Guia de controle de hanseníase; e, Normas de atenção à saúde integral do adolescente (CARNEIRO, 2008).

Em relação à prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, é necessário compreender o agir profissional do enfermeiro na ESF, tornando-se imprescindível o conhecimento, a interpretação e a aplicação da legislação referente ao exercício da enfermagem, na assertiva de que os direitos atribuídos a estes profissionais, no que se refere à consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos sejam respeitados para um melhor atendimento dos usuários e uma melhor qualidade da assistência (VASCONCELOS, 2012).

Através do questionário foi solicitado uma sugestão para a faculdade sobre o determinado tema.

| <b>FORMAÇÃO DISCURSIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sugestão dos acadêmicos de enfermagem sobre no que se pode melhorar no ensino da faculdade sobre o tema</b>                                                                                                                                                                                       |
| <b>DISCURSO DOS SUJEITOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Não tem em nenhuma disciplina, deveria ter pelo menos um mini curso para ir para os estágios de PSF                                                                                                                                                                                                  |
| Inserir um disciplina referente ao assunto ou oferecer cursos preparatórios para os graduandos                                                                                                                                                                                                       |
| Uma disciplina que aborde o assunto e forneça mais preparação para nós acadêmicos, de modo que não nós joguem no mercado de trabalho sem certos conhecimentos.                                                                                                                                       |
| Melhorar o ensino sobre o assunto, pois precisa de um aprofundamento, principalmente para alunos de primeira viagem que nunca trabalharam na área                                                                                                                                                    |
| Principalmente os estudantes do p8 precisam pelo menos de um mine curso sobre o assunto, pois no P9 já irão para o campo de estagio tendo conhecimento sobre o assunto                                                                                                                               |
| Abordar mais sobre a temática!                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Pelo menos uma oficina sobre o assunto antes dos estágios do PSF                                                                                                                                                                                                                                     |
| Abordar esse tema, de uma forma mais especifica, pois por mais que aparente ser um assunto simples, não é.                                                                                                                                                                                           |
| Sim, a faculdade poderia dar uma ênfase maior nesse assunto, pois não é só prescrever um simples medicamentos e sim saber a indicação e quantidade certa para determinado período de tratamento. Sei que o Enfermeiro é capaz de tal autonomia, só que infelizmente ele não é preparado o suficiente |
| Precisa melhorar a preparação dos alunos nessa questão, estou em período de estagio no PSF, e observo que precisa melhor o conhecimento sobre o assunto                                                                                                                                              |

**Quadro 3 - Formação discursiva dos sujeitos a partir dos excertos das respostas sobre as sugestões dos acadêmicos de enfermagem no que pode melhorar no Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Cabedelo, 2018.**

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Referente a opiniões dos acadêmicos de Enfermagem, seria essencial aprofundarem sobre o assunto em disciplinas oportunas, ou até mesmo disponibilizar mini cursos preparatórios sobre prescrição de medicamentos e protocolos. Pois, é necessário compreender o agir profissional do enfermeiro na ESF, tornando-se imprescindível o conhecimento, a interpretação e a aplicação da legislação referente ao exercício da enfermagem, na assertiva de que os direitos atribuídos a estes profissionais, no que se refere à consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos sejam respeitados para um melhor atendimento dos usuários e uma melhor qualidade da assistência.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, os resultados desta pesquisa foram satisfatórios ao identificar o pouco domínio de conhecimentos e habilidades dos discentes de enfermagem sobre como prescrever medicamentos na Estratégia Saúde da família, além de relatar as principais dificuldades dos discentes de reconhecer essa autonomia, ficando assim evidente a importância do preparo dos discentes ainda na academia, sobrepondo ainda mais seus conhecimentos e também valorizando a qualidade do curso na instituição.

A prescrição de medicamentos por enfermeiros tem provocado muitos questionamentos e até embates judiciais acerca da sua autonomia para implementar essa atividade, como integrante da equipe de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário discutir e esclarecer os limites e a abrangência da pretensa autonomia para prescrição de medicamentos, considerando-se o fato de que essa pode ser uma ação compartilhada entre médicos, enfermeiros, além de outros profissionais de nível universitário da área da saúde, desde que legalmente regulamentados e que detenham capacitação nesse âmbito, portanto, a autonomia do profissional enfermeiro tende a se configurar a partir da identidade profissional, apresentando tensões com os aspectos sociais, políticos, mercadológicos e culturais nos quais os profissionais se inserem.

Não basta, entretanto, que os enfermeiros conheçam os limites éticos e legais para prescrever medicamentos, é necessário que as instituições de ensino

levem em consideração, durante a formação desses profissionais, as reformulações do sistema de saúde brasileiro, assim como, as exigências do mercado de trabalho que têm requisitados profissionais cada vez mais competentes e habilitados para exercer não apenas a função prescritiva, mas as demais funções de enfermagem.

A prescrição de medicamentos por enfermeiros não pode ser vista como uma atividade isolada, mas algo complementar à consulta de enfermagem, com os objetivos de conhecer e intervir sobre os problemas de saúde/doença, englobando outras ações, tais como a solicitação de exames de rotina e complementares. Espera-se que as ações elencadas acima, cheguem a despertar a conscientização desta instituição a respeito da qualidade da assistência ao indivíduo e a coletividade, transformando assim problemas enfrentados dentro da saúde pública em soluções, buscando melhorar a saúde da nossa população.

Visto que os alunos se sintam carentes nessa temática, sugiro um aprofundamento em uma disciplina adequada, como semiologia ou farmacologia, assim dando o suporte adequado para o conhecimento, habilidade e autoconfiança para esse acadêmico. Apesar dessas disciplinas serem uma das primeiras, uma boa sugestão para os últimos períodos seriam mini cursos ou oficinas, pois seria uma preparação para os estágios na ESF, onde a maioria afirmou que sentiu falta desse conhecimento e preparação, assim reforçando tudo que se aprendeu no começo.

Contudo, este estudo demonstrou um cenário atual onde o discente de Enfermagem está despreparado para essa tal função, não tem conhecimento, habilidades e autoconfiança para exercer esse direito inovador na atuação do enfermeiro em decorrência da sua crescente participação e credibilidade dentro da ESF.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 20/2011. **Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.** Brasília (DF): MS, 2011.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): DOU, 1986.

CARNEIRO, Alan Dionizio et al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.756-765, 30 set. 2008.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 317/2007. **Regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames**. Brasília (DF): COFEN, 2007.

FREITAS, Henrique. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.105-112, set. 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A.M.T. **A autonomia profissional de enfermagem em saúde pública**: um estudo de representações sociais (dissertação). Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

GUIMARÃES XIMENES NETO, Francisco Rosemiro et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p.133-140, abr. 2007.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

OGUISSO, Tak, FREITAS, Genival Fernandes de. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p.141-144, abr. 2007.

ORLANDI, E. A análise de discurso e seus entremeios: notas para a sua história no Brasil. **Caderno de Estudos Lingüísticos**, Campinas, 2003.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. **Educação e Pesquisa**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.443-466, dez. 2005.

VASCONCELOS, Renata Borges de; ARAUJO, Janieiry Lima de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Prescription drugs by nurses in family health strategy: the recommendations and the real. **Journal of Nursing**, Pernambuco, v. 6, n. 6, p.1446-1452, jun. 2012.

LUCHESI LB, Santos CB. Enfermagem: o que está profissão significa para adolescentes. **Rev Latino-Am Enfermagem**.v.13, p.158-64, 2005.

NASCIMENTO ETO, Santos DP, Monteiro KA, Filipini SM. **Perfil dos graduandos de enfermagem em uma universidade do Vale do Paraíba.** In: Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós Graduação. Universidade do Vale do Paraíba: São José dos Campos, 2008.

WETTERICH NC, Melo MRAC. Perfil sociodemográfico do aluno do curso de graduação em enfermagem. **RevLatinoAm Enfermagem**.v.15, p. 404-10, 2007.

## **PROBLEMAS NO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DO E-SUS AB: implantação dos prontuários eletrônicos nas unidades básicas**

### **PROBLEMS IN THE FILLING OF E-SUS AB FILES: implantation of electronic medical records in basic units**

Mariana Félix da Silva<sup>31</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>

Teresa Cristina Albuquerque Leal<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

Os sistemas de informação têm o propósito de auxiliar os gestores nas tomadas de decisões. O e-SUS AB facilita e contribui para a organização do trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Básica. Esse estudo tem como objetivo verificar os problemas mais frequentes no preenchimento das fichas do E-SUS na Atenção Básica. Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo foi utilizada uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem quantitativa. Observa-se como problemas para a organização das fichas de atendimentos: insegurança com a utilização das novas fichas, falta de orientação para o preenchimento adequado, dificuldades em atender os usuários por meio do cartão do SUS. Aponta-se como facilidades: redução da quantidade de dados a serem coletados, integração das informações, etc. Com isso, considera-se que o novo sistema trouxe importante mudanças para o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, principalmente no que se refere a diminuição da sobrecarga de trabalho burocrático para o enfermeiro, porém, esse novo processo de coleta de dados ainda precisa ser melhor ajustado à realidade local.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Informação; Gestão em Saúde.

#### **ABSTRACT**

Information systems are intended to assist managers in decision making. E-SUS AB facilitates and contributes to the organization of the work of health professionals in Primary Care. It is observed as problems for the organization of the records of attendance: insecurity with the use of the new records, lack of orientation for the adequate filling, difficulties in attending the users through the SUS card. It is pointed out as facilities: reduction of the amount of data to be collected, integration of information, etc. This study aims to verify the most frequent problems in filling out the E-SUS data sheets in Primary Care. To reach the goal proposed by the study will be

---

<sup>31</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [mariana.uiqq@hotmail.com](mailto:mariana.uiqq@hotmail.com).

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

used an exploratory-descriptive research with a quantitative approach. Therefore, it is considered that the new system has brought important changes to the Family Health Strategy work process, especially regarding the reduction of the burden of bureaucratic work for nurses, but this new process of data collection still needs to be better adjusted to the local reality.

**Keywords:** Primary Health Care; Information systems; Health Management.

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo brasileiro de ter um Sistema Único de Saúde (SUS) que efetivamente cuida da população, demanda organização e capacidade de gestão do cuidado à saúde cada vez mais efetivas. Para atingir esse desafio, no contexto do maior sistema público de saúde do mundo, é essencial ter Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade entre os diferentes sistemas. O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2014).

O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é, sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (DATASUS, 2017).

Ainda conforme Brasil (2014), o sistema de software público e-SUS AB é um sistema de apoio à gestão do processo de trabalho que pode ser utilizado da seguinte forma: O sistema e-SUS AB foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica. Logo, o sistema poderá ser utilizado para por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde. A primeira versão do sistema apóia a gestão



do processo de trabalho das equipes por meio da geração de relatórios, sendo que, a segunda versão contemplará várias ferramentas de apoio à gestão.

O sistema e-SUS AB é uma estratégia de extrema importância para os profissionais que compõem a AB. Esse programa foi criado por um intuito de organização do trabalho dos profissionais de saúde. As informações prestadas nesse sistema são os mesmos de uma ficha de atendimento ao indivíduo propriamente dito. Desta forma, tendo em vista que deveria o sistema deveria facilitar o processo, vários profissionais do setor do centro de processamento de dados relatam erros dos profissionais da saúde no preenchimento das fichas de atendimento de forma coerente, prejudicando a gestão de saúde por erros frequentes. Com isso, faz-se necessário identificar os erros mais frequentes a fim de desenvolver uma intervenção com os profissionais de saúde para evitar transtornos na gestão de saúde.

Assim, este estudo tem como objetivos verificar os problemas mais frequentes no preenchimento das fichas específica de atendimento individual do E-SUS na Atenção Básica e identificar as dificuldades apontadas pelos enfermeiros das UBS na implantação do E-SUS AB, traçar estratégias a fim de intervir sobre a melhoria desses problemas e elaborar com os profissionais de enfermagem uma intervenção que possa orienta-los ao uso do PE e ter um treinamento específico para eles quanto ao mesmo, para que esses erros não possam mais interferir na gestão de saúde.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar o objetivo desse estudo foi realizada uma pesquisa de campo do tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa/qualitativa. Para Gil (2008), a pesquisa descritiva procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população pesquisada, estabelecendo dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados, são utilizados instrumentos para a pesquisa que podem ser: inventários, questionários entre outros. O autor ainda fala que a pesquisa exploratória busca se familiarizar com algum tema específico buscando a construção de hipóteses. É, portanto,

bastante flexível quanto ao seu planejamento, tomando a forma de: pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

A população alvo do estudo foram profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da família em três Unidades Básica de Saúde como Camalaú, Siqueira Campos e Centro que fica situada no município de Cabedelo/PB e dos profissionais do CPD (Centro de Processamento de Dados) da Secretária de Saúde também do município de Cabedelo. Os critérios de inclusão da amostra foram que os enfermeiros atuassem em unidades Básicas de saúde, a seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário com questões objetivas e subjetivas, para que ao final pudéssemos alcançar os objetivos proposto pelo estudo. O questionário foi aplicado pelo próprio pesquisador face a face na Unidade Básica de Saúde das três unidades citadas (Camalaú, Siqueira Campos e Centro) e no CPD do município de Cabedelo. Após a coleta os dados foram organizados e passados pelo processo de análise, para que pudessem ser transformados em informação. Nessa fase foi utilizada a análise de estatísticas: média, frequência, porcentagem, entre outros (para variáveis quantitativas) e métodos compreensivos como a análise de conteúdo (para variáveis qualitativas).

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos uma vez que envolve seres humanos, foram observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Resolução nº510/2015. Ambas estabelecem qual a conduta do pesquisador no processo de investigação científica quando envolve serem humanos, resguardando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Assim, a coleta de dados só foi realizada após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP e pela autorização as Secretária Municipal de Saúde de Cabedelo, tendo como CAEE: 98143018.5.0000.5184.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados acerca da caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo estão representados no Quadro 1.

| Dados dos participantes                                                                |                | n* | frequência (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----|----------------|
| Gênero                                                                                 | Masculino      | 0  | 0              |
|                                                                                        | Feminino       | 3  | 100            |
| Faixa etária                                                                           | 26 a 35 anos   | 3  | 100            |
|                                                                                        | 36 a 45 anos   | 0  | 0              |
|                                                                                        | 46 a 50 anos   | 0  | 0              |
| Tempo de atuação na UBS                                                                | Até 2 anos     | 2  | 70             |
|                                                                                        | 2 a 5 anos     | 1  | 30             |
|                                                                                        | Mais de 6 anos | 0  | 0              |
| Realizou algum curso ou alguma disciplina na graduação sobre tecnologia de informação? | Sim            | 3  | 100            |
|                                                                                        | Não            | 0  | 0              |
| Total                                                                                  |                | 3  | 100            |

\*n= número de participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo - PB. Cabedelo, 2018.**

Na Tabela 1 é possível observar a prevalência do sexo feminino na população investigada confirmando uma tendência de feminilização da força de trabalho em saúde. Quanto à variável idade, observou-se que 100 % dos enfermeiros entrevistados incluem-se na faixa etária entre 26 a 35 anos. Quanto aos dados de atuação na UBS, 2% dos profissionais de enfermagem tem 2 anos atuando nessa área, 30 % dos profissionais tem 2 a 5 anos de atuação na unidade básica de saúde.

Estes dados são semelhantes aos observados em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde que avaliou a implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos do país, onde a maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino (78,0%), tem entre 25 a 29 anos de idade (33,0%), tem mais de 4 anos de formação profissional (68,0%) e atuam na ESF há mais de quatro anos (59,0%) (DOS SANTOS; DE CARVALHO, 2006).

O Quadro 2 apresenta as respostas dos enfermeiros entrevistados referente ao uso do PEC (prontuário eletrônico do cidadão) nas unidades básicas de saúde e o quanto dominam do assunto ou não.

| Questões e respostas                                                                                                  |     | n* | frequência (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|----------------|
| Você conhece a rede E-SUS? Se sim, o que é?                                                                           | Sim | 3  | 100            |
|                                                                                                                       | Não | 0  | 0              |
| Na sua unidade foi implantado o PEC? Se sim, há quanto tempo?                                                         | Sim | 3  | 100            |
|                                                                                                                       | Não | 0  | 0              |
| Você recebeu treinamento para utilizar o sistema? Se sim, foi o suficiente?                                           | Sim | 3  | 100            |
|                                                                                                                       | Não | 0  | 0              |
| Caso na sua unidade não possui o uso do PEC, se fosse implantado você se sentiria capacitado para manusear o sistema? | Sim | 0  | 0              |
|                                                                                                                       | Não | 3  | 100            |
| Total                                                                                                                 |     | 3  | 100            |

\*n= número de participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 2 – Questões para verificar a situação de treinamento dos enfermeiros participantes da pesquisa acerca do prontuário eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo – PB. Cabedelo, 2018.**

Segundo Pires et al (2004), as vantagens potenciais do prontuário eletrônico sobre o prontuário em papel envolvem o acesso, maior disponibilidade, mais rapidez na localização de informações, melhor qualidade e confiabilidade. O uso simultâneo e distribuído deste importante conjunto de informações por diversos profissionais é um atrativo adicional. A integração de dados de diferentes sistemas torna possível uma redução na necessidade de transcrições manuais, que apresentam riscos de erros significativos.

Os enfermeiros participantes da pesquisa relataram que tiveram o treinamento para o uso do sistema, mas que este não foi suficiente para a demanda dentro das unidades, pois foi realizado um único dia de treinamento para ensinar a operar o sistema além de todas as informações necessárias ao seu funcionamento. Algumas participantes ainda relataram que seria necessário para o treinamento pelo menos uma semana nas unidades a fim de utilizar o sistema de maneira correta, minimizado assim o tempo de atendimento nas consultas.

Referente as respostas dos profissionais de enfermagem acerca do conhecimento sobre o E-SUS, o sistema informatizado de uso direto do prontuário eletrônico do cidadão, destacou-se os seguintes trechos do discurso dos enfermeiros sobre este sistema:

*São os atendimentos somatizados e organizados. (E1)*

*Rede de obtenção e compartilhamento de informações em saúde, que irão auxiliar na tomada de decisão e implantação de políticas públicas. (E2)*

Souza e Santos (2009), trazem a forma manual de registro, citada por enfermeiros, tendo como a principal vantagem, ser de fácil manuseio, podendo ser transportado para todos os espaços. Além disso, refere que os profissionais da saúde não estão familiarizados com o uso da tecnologia de informação, o que dificulta e causa insegurança no uso do computador. No entanto, o mesmo estudo, refere que na forma manual, são frequentes as incorreções ou omissões de registros. Traz também, as falhas de ortografia e gramática, além do emprego de termos em geral, o que pode provocar distorções nas informações, pois um registro bem formulado reflete na qualidade do serviço prestado e é um elemento de suma importância para fins ético-legais.

Segundo Mota (2005), “a palavra prontuário, é originária do latim *Promptuarium* e, significa local em que as coisas são guardadas ou depositadas aquelas que serão necessárias a qualquer momento”. Florence Nightingale 1820-1910, precursora da enfermagem moderna, quando tratou seus doentes da guerra da Criméia (1853-1856), naquela época já vinha detectando a necessidade da existência de registros de informações relativas aos doentes.

Hoje, observa-se que muito mais que um sistema de registros, é necessário um sistema de informações e, estas, com qualidade. Considerando o modelo atual de serviços de saúde, que visa o trabalho em equipe multiprofissional e integrado, a melhor organização estaria expressa por meio de um sistema em que todos os profissionais possam ter acesso aos dados dos pacientes, e possam construir um histórico que vai se formando em conjunto com o passar do tempo. Uma das soluções para isto é utilizar a informatização. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surge como um sistema para apoiar os profissionais da saúde que reúne as informações e diferentes tipos de dados relacionados ao paciente, o que facilita o atendimento e a conduta gerada pelo profissional, refletindo na qualidade da assistência prestada ao usuário (MARIN, 2010).

Segundo Mourão e Neves (2007) são inúmeros os benefícios obtidos com a informatização do prontuário, podendo-se considerar desde a melhoria do atendimento ao paciente, garantida pela continuidade da assistência prestada, integração de informações de diversas fontes, até a economia de espaço e melhor

acondicionamento dos dados mantidos em meio eletrônico. Os autores ressaltam que, no atual avanço da Tecnologia da Informação (TI), os recursos necessários para a implementação de prontuários eletrônicos são acessíveis para a maioria dos estabelecimentos assistenciais.

Bezerra (2009) concorda com esta ideia, trazendo facilidades como o acesso mais veloz às informações sobre problemas de saúde, intervenções, a legibilidade, a eliminação da redundância de dados, redigitação de informações, processamento contínuo de dados e a organização sistemática das ações através do prontuário eletrônico de pacientes, o que resulta em melhoria na efetividade do cuidado.

É fato que hoje no serviço da Unidade Básica de Saúde convive-se com sistemas de informações em saúde que poderiam ser definidos como misto, pois associa o tradicional, prontuário manual e, o novo, prontuário eletrônico. Destaca-se que, em um futuro bem próximo, o novo substituirá totalmente e de forma definitiva o modelo tradicional de registros de dados e informações no campo da saúde desse complexo assistencial. Dessa forma, o prontuário eletrônico do paciente assume o coletivo de trabalhadores da Unidade Básica de Saúde.

A questão relacionada aos problemas mais frequentes no preenchimento das fichas dentro da UBS foi respondida pelos digitadores responsáveis pela demanda em anexar os prontuários manuais aos prontuários eletrônicos. Em 21 de junho de 2018 a prefeitura municipal de Cabedelo investiu na tecnologia em todas as unidades básicas de saúde adquirindo o uso PEC, desencadeando assim a redução dos profissionais do centro de processamento de dados (CPD) a qual existia como finalidade para produção dessas unidades.

O total de digitadores desde que o setor foi fundado era de aproximadamente 15 funcionários para as 22 unidades de saúde do município de Cabedelo, atualmente se encontram 2 digitadores implantados no setor trabalhando em torno das produções realizadas dentro dessas 22 unidades de saúde. Os digitadores relataram suas experiências em torno do questionário realizado com a finalidade de identificar os problemas de preenchimento das fichas de atendimento individual, aquela que o enfermeiro mais utiliza:

*Os campos obrigatórios não são preenchidos de maneira correta. Os erros mais frequentes são o preenchimento incorreto dos códigos (códigos da unidade, código da equipe); Letra ilegível dificulta muito na hora da digitação; Desfecho/conduta sem marcar, quando não marcado não*

*podemos salvar o prontuário; Campos obrigatórios não preenchidos de acordo com a realidade do cliente; Data de nascimento não colocadas; Data da produção diária não colocada. Uso de mesmo cartão de SUS em outros usuários; preenchem dados que não se batem só para não perder usuário. (D1)*

Os digitadores entrevistados referiram ainda continuar enfrentando essas mesmas dificuldades, onde a atenção básica do município é ciente do que acontece. Pois, essas fichas quando não preenchidas corretamente são enviadas de volta aos setores para o mesmo profissional corrigi-la e na maioria das vezes essa correção não é realizada, dando assim a perda da ficha ou do usuário:

*Os campos obrigatórios não são preenchidos de maneira correta. Diversos profissionais preenchem as fichas com letras ilegíveis. Erros frequentes como a não marcação dos campos obrigatórios, pois o sistema automaticamente detecta e não salva a ficha levando assim a perda do prontuário do paciente, as datas dos atendimentos não colocadas, além do problema de ter alguns profissionais não cadastrados nas unidades o que dificulta para produção daquela UBS. (D2)*

A forma como é escrita uma informação em saúde pode fazer a diferença entre salvar vidas ou colocá-las em risco. O cuidado é fundamental e protege também os profissionais que compõem a equipe de saúde. Os digitadores mencionaram como grave problema dos registros manuais a letra ilegível dos profissionais de enfermagem e dos demais profissionais da saúde. A resolução COFEN nº 429/2012 dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Considerando o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico -, como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão, e um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde (COFEN, 2018.)

O modelo manual traz algumas dificuldades para a gestão da informação, ou seja, o acesso ao prontuário físico é difícil, pois a sua localização é distante do local de atendimento assistencial, além disso, frequentemente prontuários não são encontrados, produzindo duplicidade ou falta de informações ou, ainda, equívocos estatísticos. Os registros constantes nos prontuários também são perdidos em razão da forma como são anexados à pasta dos pacientes. Da mesma forma, dificuldades frequentes de interpretação das informações escritas no prontuário que decorrem da

letra desqualificada e ilegível, bem como, ao envelhecimento e à manipulação constante dessa documentação também são problemas que esse modelo apresenta.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do resultado desta pesquisa foi identificada a importância da necessidade do conhecimento dos profissionais de enfermagem e em suas respectivas condutas na assistência ao conhecimento da informatização da saúde. Para solucionar este problema, é necessário os profissionais de enfermagem dominarem o uso do prontuário eletrônico e não se deter ao prontuário manual, dadas as vantagens de reduzir a carga de trabalho na coleta, reduzir as perdas de usuários e fichas, tornar o atendimento ágil e eficaz.

Observa-se na pesquisa que os enfermeiros das unidades básicas precisam de um apoio maior em suporte de treinamento para o uso do prontuário eletrônico, já que os mesmos referiram não estar aptos para utilizar o sistema. Investir na formação continuada destes profissionais pode reduzir os erros frequentes nas fichas manuais pelo fato dos próprios enfermeiros reorganizarem a produção no final do dia de acordo com a demanda da população. Além disso, conforme fixado pelo Conselho Federal de Enfermagem, a importância da letra legível nos prontuários manuais é primordial, infelizmente é um erro frequente não vem só dos profissionais de enfermagem mas de todos que atuam na área da saúde, tanto os de rede pública ou privada.

Desse modo, destaca-se que por meio da implantação de um sistema de informação em saúde que possa ser utilizado por profissionais capacitados e treinados possibilita-se a comunicação entre estes profissionais e gestores, permitindo discussões, troca de informações e a aquisição de conhecimentos que possam elevar a qualidade do cuidado prestado à população.

#### **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



BEZERRA, S. M. **Prontuário Eletrônico do Paciente**: uma ferramenta para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. Meta: Avaliação, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 73-82. jan/abr. 2009. Disponível em: Acesso em: 13 de Out. 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **CFF lança campanha por receita e prontuário legível**. Assessoria de comunicação CFF, 27 de jun 2016. Acesso em: 08 de nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 429/2012**. Publicada no DOU Nº 110, de 8 de junho de 2012, pág. 288. Acesso em: 08 de nov. 2018.

DATASUS. **CAPÍTULO INTRODUTÓRIO** - Base Conceitual do Sistema e-SUS AB. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MEDEIROS, J. B. et al. **O E-SUS atenção básica e a coleta de dados simplificada**: relatos da implementação em uma estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, 2017.

**MENDONÇA, L. T. Implantação de prontuário eletrônico na UBS Vila São Paulo do município Ferraz de Vasconcelos-SP, 12 dez 2017. Acesso em: 08 de nov. 2018.**

OLIVEIRA, Ana Eloísa Cruz de et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218, June 2016.

**PATRÍCIO, C. M et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro. Porto Alegre: Scientia Medica, 2011.**

PIRES, Fabio A. et al. **Prontuário eletrônico: Aspectos legais e situação atual**. São Paulo: HC-FMUSP, 2004.

# **CRIOTERAPIA CAPILAR NO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: REVISÃO DE LITERATURA**

## **HAIR CRYOTHERAPY IN CHEMOTHERAPEUTIC TREATMENT: LITERATURE REVIEW**

Raquel Cristina de M. Alves<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>  
Ana Cláudia Gomes Viana<sup>3</sup>  
Zirleide Carlos Felix<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A crioterapia capilar é uma técnica que consiste na aplicação de uma touca gelada que impede a alopecia induzida por quimioterapia (queda dos cabelos) durante a aplicação do tratamento contra o câncer. No tratamento do câncer de mama, é comum que muitas mulheres sofram com a perda de cabelos durante o tratamento. Assim, com a crioterapia evitam-se situações como distúrbios de imagem corporal, depressão e discriminação pelas quais as paciente passam em decorrência da perda dos cabelos. O objetivo dessa pesquisa é verificar na literatura como funciona a aplicação da técnica de crioterapia capilar ou ScalpCooling (em inglês) e como a mesma ajuda no suporte emocional das pacientes. Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfico de caráter exploratório-descritivo a partir de artigos científicos e manuais técnicos que abordem a temática. O presente trabalho visa esclarecer os profissionais de saúde sobre a técnica de crioterapia capilar na preservação dos cabelos de pacientes em tratamento quimioterápico e conseguir expandir o conhecimento levando a técnica para estas pacientes. Destaca-se que esta técnica tem contribuído amplamente para a auto-estima das mulheres em tratamento, tornando desnecessário o uso de próteses capilares ou lenços, trazendo diferença para sua confiança, segurança e conforto durante o tratamento.

**Palavras-chave:** Crioterapia. Técnica. Enfermagem

### **ABSTRACT**

Capillary cryotherapy is a technique that consists of the application of an ice cap that prevents chemotherapy-induced alopecia (hair loss) during the treatment of cancer. In the treatment of breast cancer, it is common for many women to suffer from hair loss during treatment. Thus, cryotherapy prevents situations such as body image disorders, depression and discrimination that the patient undergoes as a result of hair loss. The objective of this research is to verify in the literature how the application of the technique of capillary cryotherapy or ScalpCooling works and how it helps in the

---

<sup>32</sup> Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do IESP. Email: raquelmvitoria@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: karellineivr@gmail.com. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

emotional support of the patients. It is a research of the bibliographic type of exploratory-descriptive character from scientific articles and technical manuals that approach the subject. The present work clarifies to the health professionals about the technique of capillary cryotherapy in the hair preservation of patients under chemotherapy treatment and to be able to expand the knowledge leading to the technique for these patients. It should be emphasized that this technique has greatly contributed to the self-esteem of the women in treatment, making unnecessary the use of capillaries or wipes, bringing difference to their confidence, safety and comfort during the treatment.

**Keywords:** Cryotherapy. Technique. Nursing

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma enfermidade díspar e de difícil compreensão, que se evidencia de formas clínicas e morfológicas variadas, se apresentando de maneira diferente nos períodos de pré e pós-menopausa, e com níveis de agressividade diferenciados com relação ao desenvolvimento tumoral e as chances de metástase. Embora possa ser observado um aumento nos índices a nível mundial de novos casos em uma população de faixa etária mais jovem, esse tipo de câncer atinge com frequência mulheres com idade superior a quarenta anos (POZEBON et al., 2009).

Neste contexto, o câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum entre as mulheres em todo o mundo e o tratamento geralmente inclui quimioterapia adjuvante. Melhorias no atendimento de suporte reduziram os efeitos tóxicos; no entanto, a alopecia induzida por quimioterapia permanece quase universal e é avaliada por pacientes com câncer de mama como um dos efeitos adversos mais angustiantes relacionados ao tratamento (HESKETH et al, 2015).

O aumento da incidência do câncer não se deve apenas ao aumento da expectativa de vida, também está relacionado à melhora da tecnologia diagnóstica, bem como à ampliação de programas de rastreamento. Nos países desenvolvidos sua incidência é maior, e também pode estar relacionado aos registros mais avançados, hábitos sedentários e reprodutivos; já os coeficientes de mortalidade são mais altos nos países em desenvolvimento, reflexo das desigualdades em saúde (INCA, 2004).

Uma das partes que as mulheres mais gostam no corpo é o cabelo, independentemente da cor, tipo ou tamanho. Cada uma se apegua às características

específicas dos seus cabelos e cuidam rigorosamente todos os dias para que eles permaneçam sempre saudáveis e bonitos. Por esses e outros motivos é que eles são considerados um símbolo da essência feminina, um sinônimo de sensualidade e auto-estima para quem é vaidosa gosta de cuidar da aparência e se aventurar em tendências e possibilidades para mudar as madeixas (SHIN et al., 2015).

No entanto, existem algumas circunstâncias da vida que nos levam a sofrer com a queda dos fios, algo que pode se tornar ainda mais triste quando a causa é a luta contra um câncer. A doença é agressiva e, independente da parte do corpo onde ele se desenvolva, costuma atingir uma parcela significativa da população e trazer seqüelas físicas e emocionais severas.

Principalmente no que diz respeito à aparência, é ainda mais impactante psicologicamente se comparado aos demais, já que o tratamento acarreta não só na queda dos fios como também na perda das mamas. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), este tipo de câncer foi responsável por 28% do total de casos de câncer diagnosticado entre mulheres somente em 2016. A terapia de cura, bastante agressiva é a chamada de quimioterapia, que possui fortes efeitos colaterais, incluindo a perda drástica dos cabelos.

Uma boa notícia para essas guerreiras que enfrentam dia a dia a luta contra o câncer e permanecem felizes e fortes é que chegou ao mercado medicinal uma novidade que promete devolver a possibilidade de reduzir a queda dos fios de maneira eficiente e deixá-las bonitas enquanto enfrentam o tratamento contra a doença. É a chamada Crioterapia Capilar, procedimento moderno que promete nutrir o couro cabeludo e estimular os folículos pilosos, fazendo os cabelos crescerem normalmente e conter o risco de queda dos fios mesmo durante a quimioterapia (INCA, 2016).

O resfriamento do couro cabeludo tem sido usado em mais de 30 países como um mecanismo potencial para prevenir a alopecia induzida por quimioterapia. Uma revisão de mais de 6000 pacientes sugeriu que o resfriamento do couro cabeludo foi eficaz, mas não para todos os pacientes. Os resultados da eficácia variam significativamente e os estudos incluem regimes de quimioterapia heterogênea, pacientes com múltiplos tipos de câncer, medidas de resultados não

validados (como o uso de perucas) e avaliação subjetiva de perda de cabelo (SHIN et al, 2015).

A perda de cabelo temporária induzida por quimioterapia é um dos efeitos colaterais mais comuns e angustiantes da terapia do câncer. Assim, o resfriamento do couro cabeludo para reduzir essa perda de cabelo é um assunto controverso para muitos médicos e enfermeiros. Isso pode ser devido ao conhecimento inadequado (GREVELMAN; BREED, 2005).

O interesse nessa pesquisa surgiu por ser um procedimento novo, pouco conhecido e debatido na atualidade e ainda pelo desejo de promover o conhecimento dos profissionais de enfermagem para que o procedimento tenha êxito. Assim, esta pesquisa visa verificar na literatura a técnica de crioterapia capilar na preservação dos cabelos de pacientes em tratamento quimioterápico, assim como descrever como funciona este procedimento e analisar a eficácia do tratamento, efeitos colaterais e possíveis desvantagens.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Esta pesquisa é do tipo bibliográfica, exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características

mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2008).

Ainda conforme o autor, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem a uma análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvida quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas. Este estudo parte da seguinte questão: Como se configura na literatura a técnica de crioterapia capilar na preservação dos cabelos de pacientes em tratamento quimioterápico?

A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de artigos e publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Sociedade Européia de Oncologia Médica (JSMO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Os critérios para a seleção da amostra foram: que a publicação abordasse, no título ou no resumo, a temática investigada; disponível na íntegra e nos idiomas inglês e português. A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre de 2018.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As referências selecionadas e analisadas na presente pesquisa reuniram um total de 15 documentos, sendo 12 artigos e 3 manuais, sendo dois do INCA e outro do Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) conforme pode ser observado no Quadro 1.

| <b>ARTIGOS</b>    |                               |                                                                                                                                |
|-------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AUTOR (ES)</b> | <b>REVISTA E ANO</b>          | <b>TÍTULO</b>                                                                                                                  |
| BOTCHKAREV et al. | Cancer Res, 2000              | p53 is essential for chemotherapy-induced hair loss                                                                            |
| BÜLOW et al.      | Scand J Clin Lab Invest, 1985 | Fluxo sanguíneo subcutâneo frontal e temperaturas epi- e subcutâneas durante o resfriamento do couro cabeludo em homem normal. |
| DAVIS et al.      | Ciência, 2010                 | Prevenção de alopecia induzida por quimioterapia em ratos por inibidores de CDK.                                               |
| GREVELMAN, BREED, | ; Annals of Oncology, 2005    | Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling.                                                                 |

|                                                 |                                              |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HESKETH, PAUL J. et al..                        | SupportiveCare in Cancer, 2015               | Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches.                                    |
| JOYNER, MV et al.                               | N Engl J Med, 2008                           | Torniquete do couro cabeludo na prevenção da alopecia induzida por quimioterapia.                                 |
| KATZ                                            | Clinical Journal of Oncology Nursing , 2017. | Refrigeração do couro cabeludo: a prevenção da alopecia induzida por quimioterapia.                               |
| LUNDGREN-ERIKSSON L., et al.                    | Eur J Cancer, 2009                           | Prevenção total da alopecia induzida por taxóides por um novo modelo de capuz frio (dignitana).                   |
| POZEBON et al.                                  | Quim Nova. 2009                              | Análise de cabelo: Uma revisão dos procedimentos para a determinação de elementos traço e aplicações.             |
| RIVITI                                          | An Bras Dermatol, 2005                       | Alopecia areata: revisão e atualização                                                                            |
| RODRIGUES et al.                                | An Bras Dermatol, 2008                       | Pitíriase versicolor.                                                                                             |
| SHIN et al.                                     | International journal of cancer, 2015        | Efficacy of interventions for prevention of chemotherapy induced alopecia: A systematic review and meta-analysis. |
| INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE | Manual IBSP, 2016                            | Equipamento reduz a queda de cabelo em pacientes com câncer.                                                      |
| INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER                    | Manual do INCA, 2016                         | Câncer de Mama.                                                                                                   |
| INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER                    | Controle do Câncer de Mama 2004              | Controle do Câncer de Mama                                                                                        |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição das publicações do estudo segundo tipo do documento, autores, ano e título da publicação.**

A literatura selecionada para o estudo aponta que desde cerca de 1970, muitas medidas preventivas foram tentadas para reduzir a alopecia induzida pela quimioterapia: o torniquete, medicamentos e o resfriamento do couro cabeludo. Estudado pela classe médica desde a década de 70, o resfriamento do couro cabeludo para preservar os cabelos de pacientes com câncer vem sendo avaliado e empregado como um meio preventivo para tal efeito colateral da quimioterapia, várias técnicas de aplicação foram testadas, dentre elas os pacotes de gelo, ar resfriado, toucas de frio gel, máquinas, entre outras (JOYNER et al, 2008).

O câncer de mama representa a principal causa de morte por câncer em mulheres brasileiras, e em nível mundial cede o lugar apenas para o câncer de

pulmão, representando um grande problema de saúde pública em todo o mundo (DAVIS et al., 2010).

Em indivíduos saudáveis, os folículos capilares do couro cabeludo mostram um padrão de atividade cíclica. A fase de crescimento do cabelo (anágeno) envolve o crescimento de um cabelo a partir de um folículo piloso, com duração de 3 a 7 anos. Durante a fase transicional (catágena), o folículo piloso atrofia e migra para cima até um nível de repouso na pele. Durante a fase de repouso (telógeno), o cabelo não cresce, mas fica preso ao folículo piloso. A fase telógena termina quando o cabelo velho é derramado e um novo cabelo é regenerado na fase anágena. No couro cabeludo adulto, aproximadamente 90% dos folículos estão em fase de crescimento. A quimioterapia atua em células de crescimento rápido, incluindo folículos pilosos. A queda de cabelo induzida pela quimioterapia geralmente ocorre 7 a 14 dias após a infusão. A incidência e a gravidade da alopecia dependem tanto do tipo quanto da dose de quimioterapia. (BOTCHKAREV et al., 2000.; TRUEB et al., 2010).

A crioterapia capilar é um procedimento novo no mercado medicinal que promete estimular os folículos capilares do couro cabeludo e preservar os cabelos das pacientes com câncer, mesmo durante o tratamento quimioterápico. Ele é possível a partir de uma técnica de resfriamento brusco dos tecidos da região, que visa dilatar os vasos sanguíneos e melhorar a circulação local, o que, por sua vez, potencializa a nutrição dos folículos pilosos, evitando a perda dos fios da paciente que luta contra a doença (INCA, 2016).

O principal objetivo do procedimento é, na verdade, preservar também a autoestima das mulheres que lutam contra a doença no dia a dia, que podem se sentir mais bonitas e femininas ao não passar pela triste perda dos cabelos durante o tratamento. Assim, evita-se ainda situações como depressão e discriminação pelas quais passam as pacientes. A crioterapia, também conhecida como a criocirurgia, é um procedimento vulgarmente utilizado em exercício para o tratamento de uma variedade de lesões benignas e malignas. Atualmente, as medidas preventivas se concentram principalmente no resfriamento do couro cabeludo. Isso é feito por procedimentos nos quais o agente de resfriamento (tampa de gelo ou tampa de gel) deve ser mudado várias vezes ou por resfriamento contínuo do couro cabeludo com



ar frio ou líquido frio (LUNDGREN-ERIKSSON et al, 2009; REVITI, 2005; RODRIGUES et al., 2008).

Existem duas razões científicas para o resfriamento do couro cabeludo. A primeira é a vasoconstrição, que reduz o fluxo sanguíneo para os folículos capilares durante as concentrações plasmáticas máximas dos agentes quimioterápicos e, portanto, reduz a captação celular desses agentes. A segunda justificativa é a redução da atividade bioquímica, o que torna os folículos capilares menos suscetíveis aos danos dos agentes quimioterápicos. Este último pode ser mais importante que a vasoconstrição (BÜLOW et al, 1985).

O resfriamento do couro cabeludo causa a vasoconstrição, que mostrou redução de 20-40% do fluxo sanguíneo normal no couro cabeludo, resultando menor quantidade de droga sendo entregue ao folículo capilar. A taxa de difusão da droga através da membrana plasmática é reduzida, portanto, menores doses efetivas de droga podem entrar nas células. Isso também sugere que a atividade bioquímica reduzida pelo resfriamento deixa o folículo capilar menos vulnerável ao dano do fármaco quimioterápico. Descobriu que a prevenção da alopecia ocorre quando a temperatura do couro cabeludo está abaixo de 22°C (RODRIGUES et al., 2008).

A temperatura subcutânea abaixo de 22°C corresponde à temperatura epicutânea de 19°C. Os resultados destes testes indicam que o equipamento utilizado no estudo reduziu a temperatura do couro cabeludo a um nível ideal e constante para a prevenção da alopecia. A taxa de sucesso é determinada por quão bem a temperatura do couro cabeludo é reduzida e mantida durante o tratamento (BULOW et al, 1985).

O resfriamento do couro cabeludo já está presente em mais de 50 países do mundo, incluindo o Reino Unido e o Japão. Testado e aprovado por especialistas da Europa, o equipamento é registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e está em conformidade com as normas do INMETRO. O Orbis Scalp Cooler pode ser observado na Figura 1, este equipamento é formado por um minirrefrigerador acoplado a uma touca térmica, por onde passa um líquido, especialmente desenvolvido, que mantém a temperatura do couro cabeludo estável sem a necessidade da troca de toucas durante a sessão (KATZ, 2017).

A utilização do equipamento deve ocorrer antes, durante e após a administração de medicamentos quimioterápicos com as seguintes finalidades (IBSP, 2016):

- **Antes:** para que o paciente se adapte à temperatura e para que o couro cabeludo esteja preparado para o início da quimioterapia;

- **Durante:** porque com o couro cabeludo resfriado, a quantidade de sangue que atinge os folículos capilares, protegendo-os dos efeitos dos medicamentos do tratamento concentrados na corrente sanguínea é reduzida. Diminuindo a possibilidade de perda de cabelo;

- **Depois:** porque durante algum tempo após a inserção do medicamento é possível que ele ainda possa chegar à cabeça.



Fonte: [oncologiadevita.com.br/crioterapia](http://oncologiadevita.com.br/crioterapia)

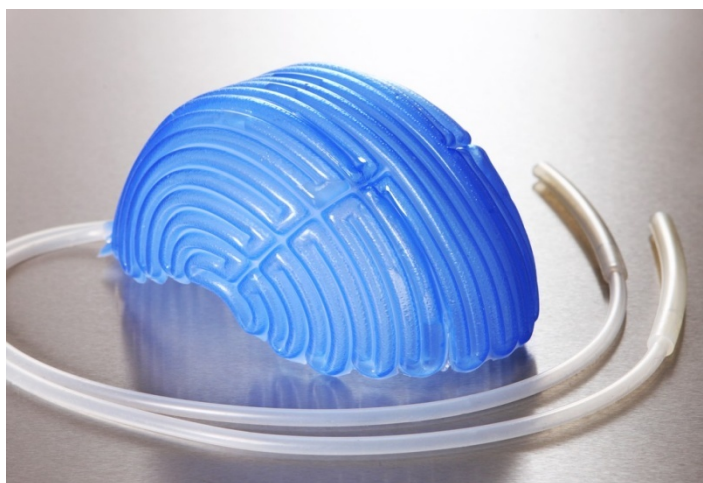
**Figura 1 – Equipamento utilizado para a crioterapia**

No entanto a crioterapia pode ser realizada com neve carbônica (gás de carbono) ou com nitrogênio líquido que são levados ao couro cabeludo através de uma touca gelada (em temperatura média de 4 °C), com o emprego do sistema de resfriamento do couro cabeludo 30 minutos antes da quimioterapia, durante o procedimento e por 90 minutos após o término, é diminuída a captação dos quimioterápicos pelos folículos e esse é o mecanismo que evita a perda dos fios. Onde resfria a região e promove a contração dos vasos sanguíneos. O resultado é

uma espécie de capa protetora que preserva os folículos pilosos e reduz ou até anula os efeitos colaterais da quimioterapia no que diz respeito à queda do cabelo (INCA, 2016).

Na literatura encontram-se diversas propostas para aplicação do tratamento crioterápico, entre elas, as mais comuns são os sprays, compressas, bolsas térmicas, imersão em água com baixas temperaturas e aplicação direta com gelo. Atualmente, além da touca gelada, observada na Figura 2, a maioria das clínicas no Brasil já utiliza um equipamento inglês para fazer a Crioterapia Capilar. Inclusive, mais de dois mil pacientes que estavam passando pela quimioterapia em países da Europa receberam o tratamento com o aparelho de resfriamento e a taxa de sucesso variou de 49% a 100% dos casos. A CrioterapiaCapilar não possui muitos efeitos colaterais graves e costuma ser bem tolerada por boa parte dos pacientes com câncer (GREVELMAN; BREED, 2005; INCA, 2016).

Mas, de acordo com especialistas, não há com o que se preocupar. Esses efeitos colaterais, que atingem poucos pacientes, desaparecem rapidamente, o que significa que o procedimento vale muito a pena se compararmos os efeitos leves aos resultados que podem ser alcançados em relação à redução da perda de cabelo e, ainda, a sensação de bem-estar e aumento da autoestima que ele traz a cada uma das mulheres com câncer (INCA, 2016).



Fonte: Intitutooncovida.com

**Figura 2 – Touca utilizada para a crioterapia**

A touca de resfriamento deve ser colocada no paciente 30 minutos antes do início da sessão de quimioterapia e não deve ser retirada durante a infusão do medicamento quimioterápico. Durante a sessão, a touca pode ser desconectada do

sistema, caso o paciente queira ir ao banheiro, por exemplo. Em média o tempo de uso da touca é de 2h30min até 3 horas. Após o término da sessão, a touca deve permanecer na cabeça da paciente por até 90 minutos. O resfriamento do couro cabeludo causa a vasoconstrição, que mostrou redução de 20-40% do fluxo sanguíneo normal no couro cabeludo, resultando menor quantidade de droga sendo entregue ao folículo capilar. A taxa de difusão da droga através da membrana plasmática é reduzida, portanto, menores doses efetivas de droga podem entrar nas células. Isso também sugere que a atividade bioquímica reduzida pelo resfriamento deixa o folículo capilar menos vulnerável ao dano do fármaco quimioterápico, fortalecendo o folículo a queda é evitada (DAVIS et al., 2010; POZEBON, 2009; RIVITI, 2005).

De acordo com o supracitado, a prevenção da alopecia ocorre quando a temperatura do couro cabeludo está abaixo de 22°C e Bulow et al (1985) demonstraram que a temperatura subcutânea abaixo de 22°C corresponde à temperatura epicutânea de 19°C. Os resultados destes testes indicam que o equipamento utilizado no estudo reduziu a temperatura do couro cabeludo a um nível ideal e constante para a prevenção da queda de cabelo. No Quadro 2, estão dispostos os riscos e as ações recomendadas ao paciente que faz uso da crioterapia.

| <b>RISCOS DA CRIOTERAPIA</b>                                                            | <b>AÇÕES RECOMENDADAS</b>                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ansiedade elevada do paciente e insatisfação pela perda do cabelo                       | Esclarecimento sobre resultados (evidências científicas); Seguimento da aplicação pela equipe de enfermagem, psicologia e médico; Avaliação periódica da dermatologista. |
| Dificuldade de acesso venoso (vasoconstrição prolongada)                                | Avaliação prévia da rede venosa e implantação de Cateter Venoso Central, se necessário.                                                                                  |
| Tempo de exposição ao resfriamento e o aumento do período de permanência na instituição | Agendamento de consulta médica e realização de exames no dia anterior à aplicação; Execução do pré-cooling durante a administração de pré-medicação.                     |
| Falhas imprevistas do equipamento                                                       | Disponibilidade de equipamento reserva e/ou de método similar para crioterapia.                                                                                          |
| Indisponibilidade de equipamentos para demanda de atendimento / custo                   | Gerenciamento do agendamento pela equipe de enfermagem e recepção com programação de todas as aplicações futuras de quimioterapia.                                       |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 2 – Riscos e ações recomendadas ao paciente que faz uso da crioterapia conforme a literatura selecionada para o estudo.**

O resfriamento do couro cabeludo pode ser usado durante o tratamento de todos os tumores sólidos onde são usadas quimioterapias que causam queda de cabelo. Não há números específicos sobre as pacientes que aliam quimioterapia e a técnica da crioterapia, mas em alguns casos observados, a queda de cabelos foi nula ou praticamente imperceptível em boa parte das mulheres (KATZ, 2017).

A crioterapia pode ser aplicada em pacientes diagnosticados com outros tipos de câncer, tendo o mesmo potencial de eficácia, o resfriamento do couro cabeludo é contraindicado nas seguintes condições: Cânceres hematológicos (leucemia, não Hodgking e outros linfomas generalizados) alergia ao frio, aglutinina ao frio, metástase manifestada no couro cabeludo, ablação da medula óssea por quimioterapia, radioterapia no crânio (HARRISON, 2017).

Esta forma de terapia engloba diferentes técnicas específicas que utilizam o frio, como na forma líquida (água), sólida (gelo) e gasosa (gases, como, por exemplo, nitrogênio líquido), capazes de retirar o calor corporal induzindo o mesmo a um estado de hipotermia, favorecendo, assim, uma diminuição da taxa metabólica local, gerando nas células uma queda da necessidade de oxigênio (SHIN et al, 2015). O Quadro 3 apresenta de forma resumida a eficácia do tratamento, efeitos colaterais, vantagens e desvantagens da crioterapia conforme a literatura selecionada para o estudo.

| <b>EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA CRIOTERAPIA E SEUS RESPECTIVOS EFEITOS COLATERAIS</b> |                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EFICÁCIA</b>                                                                    | Tanto a eficácia como a taxa de sucesso varia de 45% a 100% dos casos.                                                                                                                                                                   |
| <b>EFEITOS COLATERAIS</b>                                                          | Dores de cabeça, queixas de frieza e / ou sensações desconfortáveis, tonturas, náuseas claustrofobia, lesões térmicas do couro, pele seca, entre outras.                                                                                 |
| <b>VANTAGENS E DESVANTAGENS DA CRIOTERAPIA</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>VANTAGENS</b>                                                                   | Conservação dos fios de cabelo, Melhora na autoestima e bem estar do paciente.                                                                                                                                                           |
| <b>DESVANTAGENS</b>                                                                | Custo elevado que pode variar entre R\$100 à R\$500 por seção, falta de equipamentos para que o tratamento possa ser disponibilizado pelo SUS e a ideia entre os profissionais de saúde de que a crioterapia é um procedimento estético. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 3 - Eficácia do tratamento, efeitos colaterais, vantagens e desvantagens da crioterapia conforme a literatura selecionada para o estudo.**

Além das vantagens citadas acima, esse tratamento resulta em vários benefícios ao paciente, tais como: redução do risco de queda de cabelo, melhoria na autoestima e autoconfiança, preservação da autoimagem, proporciona visão e atitude mais positivas em relação ao tratamento (DAVIS et al., 2010).

Pessoas com sensibilidade a baixas temperaturas, crioglobulinemia, crio-fibrogenemia e distrofia traumática ao frio devem evitar o uso do equipamento, visto que no período de adaptação, em que a touca diminui a temperatura do couro cabeludo do paciente, ele poderá sentir frio. Esse sintoma é absolutamente normal e pode ser amenizado com o uso de uma faixa entre a testa e a touca sem tampar o cabelo. De uma forma geral, a Crioterapia Capilar não possui muitos efeitos colaterais graves e costuma ser bem tolerada por boa parte dos pacientes com câncer. Porém, alguns deles relatam a ocorrência de alguns sintomas incômodos após o procedimento, como sensação de frio, dores de cabeça ou tontura. Esses efeitos colaterais, que atingem poucos pacientes, desaparecem rapidamente, o que significa que o procedimento vale muito a pena se compararmos os efeitos leves aos resultados que podem ser alcançados em relação à redução da perda de cabelo e, ainda, a sensação de bem-estar e aumento da autoestima que ele traz a cada uma das mulheres com câncer (KATZ, 2017; POZEBON et al., 2009; RODRIGUES et al., 2008).

A alta expectativa de sucesso para a prevenção da queda de cabelo durante a crioterapia e os resultados insatisfatórios, em alguns casos, indicam que outras pesquisas sobre qualidade de vida e sobre os aspectos emocionais e psicológicos relacionados ao procedimento devem ser investigados (KATZ, 2017).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conforme foi abordado durante o presente trabalho a queda dos cabelos nas pacientes que realizam quimioterapia é relacionada ao tipo de quimioterápico que está sendo administrado durante o tratamento, o controle da queda dos cabelos é possível com a utilização da crioterapia, porém sua utilização de forma correta é de fundamental importância, onde a temperatura e tempo de permanência pode variar de acordo com o quimioterápico que está sendo administrado.

A partir da literatura analisada nesse estudo, demonstra-se importância do procedimento de crioterapia na preservação dos cabelos de pacientes submetidos à quimioterapia, o qual pode ser visto como um meio preventivo de efeitos colaterais causados pelo tratamento contra o câncer, efeito este frequente que prejudica a autoestima dos pacientes causando grande impacto emocional e social. Ademais, destaca-se o impacto social que o conhecimento da técnica de crioterapia poderá vir a ter na atuação do enfermeiro, visto que a maioria dos profissionais e pacientes não conhece o procedimento.

Para que os profissionais de saúde possam atuar com responsabilidade e eficácia em sua assistência, dando ao paciente um auxílio de qualidade, é preciso que esses profissionais tenham conhecimentos e estejam aptos a realizar tal procedimento. Conhecer a crioterapia e como esta pode ser aplicada permite que o enfermeiro indique e implemente a conduta correta, ajudando os pacientes a terem uma melhor qualidade de vida durante o tratamento da quimioterapia.

Mais pesquisas psicológicas, clínicas e biofísicas são necessárias para determinar as indicações exatas para a crioterapia capilar e melhorar o efeito, a tolerância, os efeitos colaterais e o procedimento de resfriamento. Seu uso deve ser seriamente considerado para melhor qualidade de vida de todos os pacientes com câncer adequado recebendo quimioterapia.

Concluindo, a crioterapia é um procedimento que aumenta significativamente as chances de preservação dos fios no processo de quimioterapia, sendo considerada uma importante aliada na melhoria do equilíbrio emocional em mulheres com câncer de mama. Destaca-se que esta técnica tem contribuído amplamente para a autoestima das mulheres em tratamento, tornando desnecessário o uso de próteses capilares ou lenços, trazendo diferença para sua confiança, segurança e conforto durante o tratamento.

## REFERÊNCIAS

BOTCHKAREV, Vladimir A. et al. p53 is essential for chemotherapy-induced hair loss. **Cancer Research**, v. 60, n. 18, p. 5002-5006, 2000.

BÜLOW, J, et al., Fluxo sanguíneo subcutâneo frontal e temperaturas epi- e subcutâneas durante o resfriamento do couro cabeludo em homem normal. **Scand J**

**Clín. Lab. Invest**, v.45, p. 505 –508, 1985. Disponível em:<<https://rvmais.iweventos.com.br/upload/cartas/files/11h05.pdf>> Acesso em: 21 out. 2018.

DAVIS, S.T, et al., Prevenção de alopecia induzida por quimioterapia em ratos por inibidores de CDK. **Rev.Ciência**, v.291, p. 134 –137, 2010. Disponível em:<<https://repositorio.br/jspui/bitstream/tede/6822/1/arquivototal.pdf>> Acesso em: 02 nov. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GREVELMAN, E. G.; BREED, W. P. M. Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. **Annals of Oncology**, v. 16, n. 3, p. 352-358, 2005. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15642703>> Acesso em: 21 nov. 2018.

HARRISON, P. **Resfriamento do couro cabeludo para prevenir a queda de cabelos durante a quimioterapia revela-se promissor**: Ensaio SCALP com o dispositivo Paxman. Disponível em:<<http://onkosclinica.com.br/home/resfriamento-do-couro-cabeludo-para-prevenir-a-queda-de-cabelos-durante-a-quimioterapia-revela-se-promissor/>> Acesso em: 11 nov. 2018

HESKETH, P. J. et al. Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. **Supportive Care in Cancer**, v. 12, n. 8, p. 543-549, 2015. Disponível em:<[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?linkname=pubmed\\_pubmed&from\\_uid=11879330](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?linkname=pubmed_pubmed&from_uid=11879330)> Acesso em: 20 nov. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE. **Equipamento reduz a queda de cabelo em pacientes com câncer**. São Paulo: IBSP, 2016. Disponível em:<<https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/equipamento-reduz-queda-de-cabelo-em-pacientes-com-cancer/>> Acesso em: 23 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. 120p.

Normas e Recomendações do Ministério da Saúde Controle do câncer de mama. Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v.50,n.2, p77-9,2004. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>> Acesso em: 21 set. 2018.

JOYNER, M.V et al. Torniquete do couro cabeludo na prevenção da alopecia induzida por quimioterapia. **N Engl J Med**. 2008; 298: 1204 –1205. Disponível em:<<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/wp-content/uploads/artigo-cientifico/pdf>> Acesso em: 13 nov. 2018.

KATZ, A. Refrigeração do couro cabeludo: a prevenção da alopecia induzida por quimioterapia. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 21, p. 1, 2017. Disponível



em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Clinical+journal+of+oncology+nursing>> . Acesso em: 11 nov. 2018

LUNDGREN-ERIKSSON, L, et al. Prevenção total da alopecia induzida por taxóides por um novo modelo de capuz frio (dignitana). **Eur. J Câncer** , v.35 (Suplemento 4), p. 376, 2009. Disponível em:<<https://link.springer.com/article/10.1007/s002800050680>> Acesso em: 21 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis:Vozes, 2001.

POZEBON D, et al. Análise de cabelo: Uma revisão dos procedimentos para a determinação de elementos traço e aplicações. **Quim Nova.** , v.22, n.6, p.838-846, 2009. Disponível em:<[http:// www.scielo.br/pdf/qn/v22n6/2588.pdf](http://www.scielo.br/pdf/qn/v22n6/2588.pdf)> Acesso em: 21 nov. 2018.

RODRIGUES, J.R,et al,. Pitiríase versicolor. **An Bras Dermatol.** , v.77, n.5, p.611-618, 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0365-05962002000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0365-05962002000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)> Acesso em: 23 nov. 2018.

RIVITI, E.A.Alopecia areata: revisão e atualização. **An Bras Dermatol.** , v.80, n.1, p.57-68, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a09.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2018.

SHIN, H. et al. Efficacyofinterventions for preventionofchemotherapyinduced alopecia: A systematicreviewand metaanalysis. **Internationaljournalofcancer**, v. 136, n. 5, 2015. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29115>> Acesso em: 21 nov. 2018.

TRUEB, R.M et al. Perda de cabelo induzida por quimioterapia. **Terapia da Pele Lett** , v.15, p.5-7, 2010. Disponível em:<<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311562/1/pdf>> Acesso em: 12 nov. 2018.

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ÀS GESTANTES COM INFECÇÃO URINÁRIA: REVENDO  
A LITERATURA**

**NURSING OF NURSES TO PREGNANT WOMEN WITH URINARY INFECTION:  
REVISION OF LITERATURE**

Irineia Trajano da Silva<sup>1</sup>

Zirleide Carlos Felix<sup>2</sup>

Jancelice dos Santos Santana<sup>3</sup>

Ana Lúcia de Medeiros<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** Descrever, a partir da literatura científica pertinente, a atuação do enfermeiro frente à gestante com infecção urinária. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva. O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da Biblioteca Virtual de saúde nas bases de dados LILACS e SciELO. A amostra do estudo foi constituída por um quântico de 16 publicações que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa. **Resultados e Discussões:** A análise do estudo foi realizada a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin na qual emergiram duas Categorias Temáticas: I) Infecção urinária no período gestacional; II) Atuação do enfermeiro à gestante com infecção urinária. Os estudos apontam que a infecção urinária designa um problema frequente na gestação e continua sendo a causa de muitas complicações maternas e perinatais. Nesse sentido, é de extrema relevância a atuação do enfermeiro, uma vez que esse profissional desempenha funções em todos os aspectos no acompanhamento às gestantes, com o intuito de promover, prevenir e oferecer uma assistência e tratamentos específicos para a gravidez. **Considerações finais:** Este estudo possibilitou compreender que é de suma importância que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, estejam atentos e preparados nos âmbitos de teoria e prática para ofertar os seus conhecimentos sobre os sinais clínicos desta patologia, mantendo assim, uma assistência humanizada e qualificada para a vida tanto da mãe quanto do bebê.

**Palavras-Chave:** Cuidado de enfermagem, Gestantes; Infecção Urinária.

**ABSTRACT**

**Objective:** To describe, from the pertinent scientific literature, the nurse's performance in relation to the pregnant woman with urinary infection. **Method:** This is a bibliographic search of the descriptive type. The bibliographic survey was performed through the Virtual Health Library in the LILACS and SciELO databases. The study sample consisted of a quantum of 16 publications that met the inclusion

<sup>34</sup> Discente do curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP.

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [zirleidefelix@hotmail.com](mailto:zirleidefelix@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/3252087396950128>

<sup>3</sup> Enfermeira. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

criteria established in the research. **Results and Discussion:** The analysis of the study was carried out from the Content Analysis proposed by Bardin in which emerged two Thematic Categories: I) Urinary infection in the gestational period; II) Nursing performance in pregnant women with urinary tract infection. Studies indicate that urinary tract infection is a frequent problem in pregnancy and continues to be the cause of many maternal and perinatal complications. In this sense, it is extremely relevant the nurse's role, since this professional performs functions in all aspects in the follow-up of pregnant women, with the purpose of promoting, preventing and offering specific care and treatments for pregnancy. **Final considerations:** This study made it possible to understand that it is of the utmost importance that health professionals, especially nurses, are attentive and prepared in the fields of theory and practice to offer their knowledge about the clinical signs of this pathology, thus maintaining humanized assistance and qualified for the life of both mother and baby.

**Keywords:** Nursing care, Pregnant women; Urinary infection.

## 1 INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) caracteriza-se por um crescimento envolvente na multiplicação de bactérias nos órgãos do sistema urinário, ocasionando lesões de graus variáveis. Essa infecção, de acordo com a localização anatômica do agravo, possui uma evolução clínica diferente (PICOSSO, SILVA, PEDER; 2016). De acordo com os autores supracitados, as infecções que mais acometem as mulheres são: Bacteriúria assintomática, uretrite. Cistite e Pielonefrite.

Conforme o Ministério da saúde (2012), a infecção do trato urinário durante a gestação é mais comum em mulheres jovens, coincidindo a complicação clínica mais constante da gestação em cerca de 17% a 20% das mulheres nesse período. Essas complicações existentes estão associadas ao trabalho de parto prematuro, ao aborto, à rotura prematura de membranas, à coriomionite, bem como ao baixo peso ao nascer.

Convém ressaltar que a infecção neonatal ainda é considerada a causa mais evidente de septicemia na gravidez; onde aproximadamente 2% a 10% das gestantes desenvolvem bacteriúria assintomática e 25% a 35% pielonefrite aguda (VERAS et al; 2016).

É válido destacar que durante a gestação as mulheres passam por um processo de alterações hormonais nos quais envolvem aspectos emocionais, físicos e fisiológicos que as tornam mais vulneráveis às ITU; e essas infecções quando

assintomáticas causam complicações alarmantes, uma vez que essa situação pode levar ao parto prematuro do bebê e a internação imediata da gestante. No que se refere a infecção sintomática, esta facilita no diagnóstico, pois existe a presença dos sintomas característicos da doença. A dor na região lombar pode ser a manifestação clínica mais comum nesses casos (BARROS, 2013).

É relevante mencionar que a Infecção do trato urinário é uma patologia que, embora comum nos dias atuais, é na maioria das vezes difícil de ser diagnosticada pelo enfermeiro devido a sua manifestação clínica, pois em alguns casos é assintomática e trás um pouco de dificuldades para estes profissionais, podendo ainda, se confundir com outras patologias, caso o enfermeiro não seja criterioso no momento da consulta de enfermagem (ALVES; BARROS, 2013).

A ideia do presente tema em estudo surgiu devido a incidência e frequência de casos de mulheres que se deslocam até o serviço de saúde no qual a pesquisadora exerce suas funções como profissional de saúde para serem medicadas após o diagnóstico de infecção no trato urinário no período gestacional. Isso despertou o interesse em aprofundar seus conhecimentos perante este tema, a fim de buscar ajudar a população acima mencionada e nortear a mesma na melhor conduta a ser adotada com este público.

É valido acrescentar que o enfermeiro é um profissional que tem um papel fundamental no acompanhamento pré-natal, executando consulta de enfermagem que visam à promoção da saúde e a qualidade de vida da gestante. Durante a assistência, o profissional da saúde necessita ter uma postura acolhedora, qualificada, desempenhando um papel importante e orientando a gestante. (HEIN; BORTOLI; MASSAFERA; 2016). Deste modo, este profissional tem o papel fundamental nas orientações à gestante no que diz respeito aos cuidados necessários para prevenção da infecção do trato urinário, a fim de diminuir as complicações, reduzir as prevalências para manter uma vida mais saudável e garantir a possibilidade de mais qualidade de vida para mãe e o bebê.

Levando em consideração que o enfermeiro tem um papel extremamente importante no processo de cuidados à gestante, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Qual a atuação do enfermeiro frente à gestante com infecção do trato urinário?

Para responder a este questionamento, definiu-se o seguinte objetivo: Descrever, a partir da literatura científica pertinente, a atuação do enfermeiro frente à gestante diagnosticada com infecção urinária.

## **2METODOLOGIA DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritivo, buscando informações através de produções científicas sobre atuação de enfermeiros frente à gestantes com infecção urinária nas bases de dados “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS) e “Scientific Electronic Library Online” (SciELO).

A pesquisa bibliográfica, está direcionada a dados científicos que tornam-se um grande impasse para escolha do artigos mais adequado na construção da argumentação teórica fundamental às pesquisas e textos acadêmicos (TREINTA et al; 2012). A pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo descrever as característica de um estudo científico proposto; buscando aprofundamento nas decisões ou no tema. É uma forma de especificar a maneira de buscar uma realidade na necessidade básica (GIL et al; 2015).

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da busca eletrônica nas bases de dados supracitadas, utilizando como descritores os seguintes termos: Cuidados de enfermagem; gestantes; infecção urinária.

O universo do estudo foi constituído por 33 publicações relacionadas com a temática. Para seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: abordassem os artigos disponíveis eletronicamente com enfoques referentes a atuação do enfermeiro frente à gestante com infecção urinária, publicados entre os anos de 2008 e 2018; e texto completo na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: Artigos publicados em duplicidade; em anos inferiores a 2008; e não disponíveis em língua portuguesa. A amostra foi constituída por um quântico de 16 publicações que atenderam aos critérios de inclusão.

Para se viabilizar a coleta de dados, foi utilizado um instrumento que continha ano de publicação, nome do periódico, título do artigo, modalidade e objetivos dos estudos. Os dados quantitativos foram agrupados e analisados mediante frequência

percentual. Para os dados discursivos, elegeu-se a técnica de análise de conteúdo temática, seguindo-se as etapas de pré-análise, que consiste na leitura flutuante, na classificação, na categorização, na apresentação dos dados obtidos por meio de representação gráfica e na análise e interpretação dos dados (BARDIN, 2011).

Cumpra ressaltar que a pesquisadora seguiu observâncias éticas contempladas na Resolução 564/2017, referente ao Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no que concerne à elaboração de trabalhos científicos (COFEN, 2017).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste tópico foi avaliado o quantitativo dos artigos referentes aos anos de sua publicação e apresentados em forma de porcentagem conforme relatado anteriormente, bem como a análise destes artigos distribuídos por categorias. Segue abaixo o quadro com os artigos que foram inseridos nesse estudo.

| ANO DE PUBLICAÇÃO | NOME DO PERIÓDICO                                     | TÍTULO DO ARTIGO                                                                                            | MODALIDADE                                     | OBJETIVO                                                                                                                |
|-------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2008              | Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde   | Ocorrência e registro de infecções do trato geniturinário na gestação                                       | Revisão Bibliográfica                          | Verificar a ocorrência e o registro das infecções geniturinárias em gestantes.                                          |
| 2011              | Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, | Orientações de enfermagem durante o pré natal para a prevenção da infecção do trato urinário                | Revisão bibliográfica                          | Contextualizar os principais cuidados e orientações que o enfermeiro deve realizar no pré-natal para a prevenção da ITU |
| 2011              | VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde                 | Infecção urinária sintomática na gestação e sua associação Com desfechos neonatais e maternos desfavoráveis | Revisão bibliográfica                          | Verificar se a ocorrência da infecção do trato urinário sintomática (ITUS) na gestação                                  |
| 2012              | Ciências Biológicas, Agrárias e da                    | Infecção do trato urinário em gestantes                                                                     | Quantitativa do tipo transversal com abordagem | Determinar a prevalência de Infecção do trato                                                                           |

|             |                                                        |                                                                                                                             |                                                                                 |                                                                                                                                               |
|-------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | Saúde                                                  | usuárias do sistema único de saúde                                                                                          | Descritiva, documental                                                          | urinário em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde                                                                                      |
| <b>2013</b> | Revista Brasileira de Epidemiologia                    | Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro | Estudo de corte transversal                                                     | Avaliar o manejo da infecção do trato urinário durante o pré-natal                                                                            |
| <b>2013</b> | Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor              | Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem                           | Estudo transversal, exploratório e com abordagem descritiva                     | O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de infecção urinária na gravidez                                                          |
| <b>2014</b> | Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná | Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação                                                           | Estudo descritivo, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa        | Analisar as complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação                                                                 |
| <b>2015</b> | Revista Digital                                        | A atuação do enfermeiro na prevenção da infecção do trato urinário em gestantes                                             | Descritivo de caráter exploratório, realizado através de revisão bibliográfica. | Descrever a atuação do enfermeiro, diante da prevenção de infecção do trato urinário em gestantes                                             |
| <b>2015</b> | Rev enferm UFPE on line                                | Tecnologia educativa para a prevenção da infecção do trato Urinário na gravidez                                             | Estudo descritivo de abordagem qualitativa,                                     | Descreveros problemas de enfermagem evidentes e não evidentes que predispõem à ocorrência da infecção do trato urinário na gravidez           |
| <b>2016</b> | Saber Científico                                       | Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação                                                     | Revisão bibliográfica                                                           | Descrever os principais cuidados e orientações de enfermagem que o enfermeiro deve realizar para a prevenção da infecção urinária na gestação |
| <b>2016</b> | Revista enfermagem atual                               | Os fatores de risco da infecção do                                                                                          | Revisão integrativa da literatura                                               | Analisar os fatores de risco referentes à ocorrência da                                                                                       |

|             |                                |                                                                                                        |                                         |                                                                                                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                | trato urinário na gravidez: revisão integrativa                                                        |                                         | infecção urinária na gravidez                                                                                  |
| <b>2016</b> | BJSCR ISSN online              | Infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão literária                                         | Revisão bibliográfica                   | Abordar a infecção urinária em gestantes e sua terapêutica, além do acompanhamento na prevenção                |
| <b>2016</b> | Ciências biológicas e da saúde | Infecção do trato urinário na gravidez: uma revisão de literatura                                      | Revisão bibliográfica do tipo narrativa | Revisar as publicações que abordassem as manifestações clínicas apresentadas por gestantes com ITU             |
| <b>2017</b> | Acta Biomedica Brasiliensia    | Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação | Descritivo com abordagem quantitativa   | Verificar a incidência de infecções do trato urinário durante a gestação e a correlação com a periógestacional |
| <b>2017</b> | Internacional nursing congress | Infecção do Trato Urinário na gravidez: Complicações e Intervenções de Enfermagem                      | Revisão bibliográfica                   | Explanar sobre a ocorrência das Itus nas gestantes, suas complicações e intervenções de enfermagem             |
| <b>2018</b> | Revista Pesquisa em Saúde      | Infecção urinária e pielonefrite no 1º trimestre da gravidez                                           | Revisão bibliográfica                   | Descrever as complicações causadas pelas ITUs em gestantes                                                     |

**Quadro 1-** Distribuição dos artigos científicos inseridos nessa revisão que abordam sobre a atuação de enfermagem às gestantes com infecção urinária.

No que se refere aos anos de 2008, 2012, 2014 e 2018 foi encontrado apenas 1 artigo referente a cada ano, representando 6% da amostra do estudo.

No que diz respeito aos anos de 2011, 2013, 2015 e 2017 foram encontrados 2 artigos publicados em cada ano, com uma porcentagem equivalente a 12%. O ano de 2016 foi representado com 4 artigos científicos, equivalendo a 25% da amostra. Vale ressaltar que os anos de 2009 e 2010 não obtiveram publicações que abordavam a temática desse estudo.



Convém ressaltar que para análise do estudo foi utilizada a técnica de conteúdo proposta por Bardin, na qual utilizou-se de categorias temáticas a fim de alcançar o objetivo proposto.

### 3.1 CATEGORIA I: INFECÇÃO URINÁRIA NO PERÍODO GESTACIONAL

**Quadro1:Distribuição dos artigos científicos relacionados à categoria I.**

| TÍTULOS DOS ARTIGOS                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1- Infecção urinária sintomática na gestação e sua associação Com desfechos neonatais e maternos                           |
| 2- Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do sistema único de saúde                                              |
| 3-Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde município do Rio de Janeiro |
| 4-Ocorrência e registro de infecções do trato geniturinário na gestação                                                    |
| 5- Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação                                                       |
| 6- Infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão literária                                                          |
| 7- Infecção do trato urinário na gravidez: uma revisão de literatura                                                       |
| 8- Os fatores de risco da infecção do trato urinário na gravidez: revisão integrativa                                      |
| 9- Infecção urinária e pielonefrite no 1º trimestre da gravidez                                                            |
| 10- Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração gestação                    |

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Nessa categoria serão explanados conteúdos referentes à infecção urinária no período gestacional.

A infecção urinária designa um problema frequente na gestação e continua sendo a causa de muitas complicações maternas e perinatais. Geralmente as bactérias assintomáticas se apresentam com 10% de todas as gestações e progridem para infecção sintomática, e quando não trata adequadamente podem desenvolver a pielonefrite, que é a forma mais grave na gestação. No que se refere às complicações da infecção urinária na gestante, podemos citar: prematuridade, baixo peso e óbito (TAVARES; MEDEIROS, 2016).

Convém ressaltar que as infecções urinárias na gestação correspondem ao crescimento e propagação de bactérias dentro do trato urinário importunando lesões de graus modificáveis. Essas infecções podem se apresentar sobre quatro condições clínicas, são elas: bacteriúria assintomática, cistite, uretrite e pielonefrite; É oportuno destacar que são mais comuns no sexo feminino devido as características

do comprimento da uretra e pela maior proximidade do ânus com vestibulo vaginal (SILVA; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2012).

Segundo Barros (2013) o diagnóstico da infecção urinária nas gestantes não é fácil de ser identificado uma vez que alguns sintomas podem estar ou não presentes como, sensação de peso no baixo ventre, polaciúria e disúria. É relevante destacar que na gestação é comum que a infecção evolua para os rins e para diminuir esses casos graves de infecção urinária na gestação faz-se necessário uma abordagem através do pré-natal. Nesse atendimento os profissionais irão rastrear a bacteriúria assintomática e realizar tratamento dessas infecções. De acordo com o autor supracitado, o ministério da saúde recomenda a realização de exames de urina durante o pré- natal na trigésima semana da gravidez.

É oportuno destacar que a infecção urinária na gestação compõe a segunda causa de morbidade, sendo um dos fatores associados ao aborto e parto prematuro. Sua maior incidência ocorre devido alterações anatômicas desenvolvidas pela atividade hormonal, nomeadamente conhecida como estrogênio e progesterona. Dentre as alterações que podem estar presentes destacam-se as dilatações das pelves renais e ureteres na sétima semana da gravidez (BARBERL; GURAL; SCHIRR, 2011).

No que se refere às formas de infecção urinária na gestação, elas são divididas em duas categorias tais como: infecções urinária assintomáticas e infecções urinária sintomáticas, (cistite e pielonefrite). Para a realização do diagnóstico dessas categorias é necessário realizar o exame de urocultura para detectar a presença de bactérias. Sua prevalência durante a gestação apresenta-se entre 2% a 10% e pode desenvolver um quadro de pielonefrite com apenas 25% a 35% dos casos.

No que se refere ao tratamento inicial da infecção urinária na gestação, há uma certa variação, uma vez que está relacionado aos tipos de infecções urinária e sua gravidade, mas geralmente é indicado por médicos especialistas através de meios de terapia a base de hidratação intravenosa, administração de analgésicos ou antiméticos e antipiréticos. Os antibióticos (ampicilina e cefalotina) são utilizados nessa etapa de tratamento para o alívio da dor e combate às bactérias existentes na bexiga (SANTOS; SILVA; PRADO, 2017).

Diante disso é indispensável o rastreamento dessa infecção urinária na gestação e o seu tratamento através das consultas de pré-natal a fim de amenizar os riscos que podem existir. (HACKENHAAR; ALBERNAZ; TOMASI, 2011).

### **3.2 CATEGORIA II: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO À GESTANTE COM INFECÇÃO URINÁRIA**

**Quadro 2: Distribuição dos artigos científicos referente à categoria II.**

| <b>TITULOS DOS ARTIGOS</b>                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Orientações de enfermagem durante o pré natal para a prevenção da infecção do trato urinário.      |
| 2- A atuação do enfermeiro na prevenção da infecção do trato urinário em gestantes.                  |
| 3-Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação.                           |
| 4-Tecnologia educativa para a prevenção da infecção do trato urinário na gravidez.                   |
| 5- Infecção do Trato Urinário na gravidez: Complicações e Intervenções de Enfermagem                 |
| 6- Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem |

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Nessa categoria será abordada a atuação do enfermeiro diante da gestante com infecção urinária.

Para Vieira (2015), o profissional enfermeiro desempenha funções em todos os aspectos no acompanhamento às gestantes, com o intuito de promover, prevenir e oferecer uma assistência e tratamentos específicos para a gravidez. Todos esses requisitos são indispensáveis durante as consultas de pré-natal de baixo risco nos serviços de saúde realizado pelo enfermeiro. Portanto, para prevenir as infecções urinárias na gestação é necessária a recomendação de algumas medidas profiláticas no dia a dia das gestantes, como: consumo de líquidos em grande quantidade, higienização íntima adequada, micção antes e após relação sexual para diminuir a fixação de bactéria na bexiga.

Convém reforçar que essas recomendações são efetuadas pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal realizadas na atenção primária e evitam as intercorrências dessas infecções durante a gravidez

Segundo Silva e Prado (2017), é primordial que os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiros, estejam capacitados para conduzir a infecção urinária nas gestantes, pois essas infecções, se não tratadas adequadamente, podem se manifestar com suas formas mais graves.

Nesse sentido, os autores supracitados reforçam sobre a importância do enfermeiro na assistência à gestante a partir das consultas de pré –natal, no intuito

de avaliar essas gestantes diante de suas condições clínicas, fornecendo informações sobre os riscos e orientando sobre as medidas preventivas ou terapêuticas a fim de manter o equilíbrio diante de possíveis manifestações clínicas relacionadas a infecção do trato urinário.

Diante disso, a assistência no pré-natal adequada será apta para identificar previamente as gestantes comprometidas a essas infecções urinárias e adotar medidas a fim de diminuir as complicações resultantes. Além disso, os profissionais de saúde na atenção primária, em especial os enfermeiros, devem estar atento aos fatores de risco ao qual podem levar incidência de infecções urinárias na gestação. Nesse sentido é necessário que todo enfermeiro esteja preparado para conduzir essa condição e observar atentamente os sinais clínicos para identificação dos problemas reais durante a gestação e tomar medidas sensatas enquanto há tempo (SANTOS; SILVA; PRADO, 2017).

Reforçando a atuação do enfermeiro diante da assistência à gestante com infecção urinária, Fioravante e Carvalho (2016) ressaltam que algumas complicações podem ser evitadas a partir de uma assistência no pré-natal com enfermeiro qualificado e treinado para ofertar esta promoção à saúde; intervindo na identificação precoce dos fatores de risco e seu manejo apropriado. É importante que este profissional de saúde contribua para redução das complicações materno-fetais e para uma prática eficiente na saúde das gestantes.

Nessa linha de pensamento, Mata et al (2014) afirmam que os enfermeiros estejam capacitados para monitorar esta condução de infecções urinária na gestação, pois podem apresentar várias condições de infecções urinária e maiores índices de morbimortalidade, uma vez que acontece principalmente quando o diagnóstico não for ágil e o seu tratamento não for bem sucedido.

Os autores reforçam ainda que podem haver perigos e danos caso não haja o acompanhamento dessas infecções, uma vez que provocam a resistência bacteriana ao tratamento. Porém, podem ser evitadas através de uma assistência qualificada à gestante por parte dos enfermeiros que a assistem.

No decorrer da consulta de enfermagem, o enfermeiro deve proceder uma assistência competente na saúde da mulher; interagindo com a paciente de forma integral; pois é uma ótima oportunidade para educá-la e incentivá-la na promoção e

na sua forma de prevenção. Entretanto, o enfermeiro deve ter conhecimento sobre sua principal função na educação em saúde às gestantes que apresente ou não os sintomas da infecção urinária. (MEIRA; COSTA; LIMA,2016).

Segundo Santos (2015), o enfermeiro que atua com à equipe de saúde na estratégia de saúde da família possui aproximação com a comunidade; portanto esse profissional conhece a realidade e tem o cabimento de estabelecer atividades educativas que instrua às gestantes sobre a importância das rotinas saudáveis quanto a higiene e alimentação. Estes hábitos são indispensáveis para as gestantes e para o feto durante seu desenvolvimento.

Vettorei et al (2015) mencionam que a dimensão do manejo adequado às gestantes com infecção urinária é importante para estabelecer ações de saúde voltada a promoção, prevenção e tratamento. Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro assistencial esteja atento as recomendações sobre ter um bom acompanhamento no pré-natal e um bom manejo na educação continuada sobre a relevância da prevenção da infecção urinária durante a gestação, pois é a melhor forma de promover uma assistência qualificada por parte destes profissionais e diminuir os riscos desses agravos na fase gestacional.

É válido reforçar que a atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal possui várias atividades que especificam a prevenção para detecção precoce e tratamento eficiente da infecção geniturinária na gestação; e nesse sentido, é importante que esse profissional registre todas as atividades e informações de acompanhamento do pré-natal no cartão da gestante, em busca de oferecer o maior número de registros possíveis que facilitarão a continuidade da assistência no momento do parto. Nesses registros deverão conter o histórico de todas as consultas, tratamento, procedimentos e acompanhamentos efetuados na vida e saúde da mulher durante o seu estado gravídico (NARCHI; KURDEJAK,2008).

Portanto, convém pontuar que a atuação do enfermeiro na unidade básica de saúde é fundamental e extremamente importante para ofertar as atividades específicas de uma determinada patologia, a fim de promover ou solucionar as complicações destinadas às gestantes com infecção urinária. Uma vez que o principal objetivo da atenção no pré-natal é o acolhimento de forma integral e

humanizada a mulher desde o início da gravidez, assegurando uma assistência saudável e garantindo o bem estar materno e feto (FERNANDES et al, 2015).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo fundamentou-se a partir das pesquisas em artigos científicos baseados na atuação do enfermeiro frente á gestantes com infecção urinária. Foram observadas na literatura científica brasileira que atuação desse profissional diante da prática assistencial às gestantes com infecção urinária faz-se de maneira favorável e eficiente, uma vez que contribui muito para prevenir maiores riscos a saúde de mãe e do bebê.

As pesquisas apontam que durante a gestação podem ocorrer diversas complicações decorrentes dessas infecções das quais podemos citar: pielonefrite aguda ou crônica, abortamento, trabalho de parto prematuro e problemas renais, e o enfermeiro, quando capacitado, desempenha funções de suma importância através da educação em saúde e um atendimento de pré-natal criterioso que pode reduzir ou até mesmo prevenir essas intercorrências no decorrer da gestação.

Os estudos que foram apresentados na discussão deste artigo científico ainda enfatizam sobre as várias ações do cuidado que permeiam o processo de trabalho do enfermeiro assistencial na promoção e prevenção das infecções urinárias na gestação. Por estes pretextos, é de suma importância que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, estejam atentos e preparados nos âmbitos de teoria e prática para ofertar os seus conhecimentos sobre os sinais clínicos desta patologia, mantendo assim, uma assistência humanizada e qualificada para a vida tanto da mãe quanto do bebê.

#### REFERÊNCIAS

ANDRADE, Carlos alberto menezes et al. Infecção do trato urinário em gestantes: **Uma revisão literária**, V.15,n.3,pp.87-90 2016.

BARROS, Simone Regina Alves de Freitas. Urinary tract infection during gestation and its correlation with low back pain versus nursing intervention. **Revista Dor**, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2013.

BERBEL, Loriany Andréia Strobel; GURAL, Nayla Regina Gebhardt; SCHIRR, Fabíola. Orientações de enfermagem durante o pré natal para a prevenção da infecção do trato urinário. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná**, v. 1, n. 1, p. 13-22, 2011.

BORGES, Aline Alves et al. Infecção Urinária em Gestantes Atendidas em um Laboratório Clínico de Goiânia-Go Entre 2012 e 2013. **Estudos**, v. 41, n. 3, 2014.

BRITO, Francisco Igor Rabelo et al. Infecção urinária: prevalência e teste de susceptibilidades a antibacterianos em gestantes atendidas em um município do Ceará. **Boletim Informativo Geum**, v. 6, n. 3, p. 30, 2015.

SILVA NASCIMENTO, Washington Luiz; OLIVEIRA, Flavia Marcia; DE SOUZA ARAÚJO, George Luiz. Infecção do trato urinário em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 16, n. 4, 2015.

VEIGA, Samara Pavan et al. Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação. **Acta Biomédica Brasileira**, v. 8, n. 1, p. 95-105, 2017.

DEMILIE, T.; BEYENE, G.; MELAKU, S.; TSEGAYE, W. Perfil bacteriana urinária e padrão de suscetibilidade a antibióticos entre as mulheres grávidas no Noroeste Etiópia. **Etiópe J Saúde**, Etiópia, v. 22, n. 2, 2012.

FERNANDES, Fabrícia Almeida et al. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 8, n. 1, 2015.

FIGUEIREDO, Ana; GOMES, Guida; CAMPOS, Ana. Infecções urinárias e gravidez-diagnóstico, terapêutica e prevenção. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, p.124-133, 2012.

FIORAVANTE, Flávia Fragoso dos Santos et al. Tecnologia educacional para a prevenção da infecção urinária na gravidez: **estudo descritivo**. 2015.

GIL, Antonio Carlos; VERGARA, Sylvia Constant. Tipo de Pesquisa. 2015.

GUERRA, Gláucia Virgínia de Queiroz Lins et al. Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 11, p. 488-493, 2012.

MATA, KS; SANTOS, AAP; SILVA, JMO; HOLANDA, JBL; SILVA, FCL. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina/ V.15 /N. 4 /p. 57 – 63 / Out./Dez. 2014.

MEIRA, Jaqueline Santos; COSTA, Linda Cristina de Lima. Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação. **Revista saber científico**, 2016.

NARCHI, Nádia Zanon; KURDEJAK, Adriana. Ocorrência e registro de infecções do trato geniturinário na gestação. **Online braz. j. nurs.(Online)**, v. 7, n. 2, 2008.

PAGNONCELI, JULIANA; COLACITE, JEAN. Infecção urinária em gestantes: revisão de literatura. **Revista uningá review**, v. 26, n. 2, 2018.

PIGOSSO, Yáskara Gorczewski; DA SILVA, Claudinei Mesquita; DE PEDER, Leyde Daiane. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. **Acta Biomédica Brasiliense**, v. 7, n. 1, p. 64-73, 2016.

ROCHA, Ana Claudia; ANDRADE, Gislângela Silva. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de itapuranga-go em DIFERENTES CONTEXTOS SOCIAIS. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 30-41, 2017.

SAFIRA, H. E. I. N.; DE BORTOLI, Cleunir de Fátima Candido; MASSAFERA, Gisele lopp. Fatores relacionados à infecção de trato urinário na gestação: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 6, n. 1, p. 83-91, 2016.

SILVA<sup>TM</sup>, Lidiane Martins da et al. Escherichia coli isoladas de infecção urinária em gestantes: perfil de resistência aos antimicrobianos. **Centro Científico Conhecer**, Goiânia, p.10-19, 06 nov. 2014.

TAVARES, Verônica Barreto. Infecção do trato urinário na gravidez uma revisão de literatura. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-FACIPE**, v. 2, n. 3, p. 67, 2016.

TREINTA, Fernanda Tavares et al. Metodologia de pesquisa bibliográfica com a utilização de método multicritério de apoio à decisão. **Production**, v. 24, n. 3, p. 508-520, 2014.

VERAS, Damiana et al. Incidência de gestantes com infecção do trato urinário e análise da assistência de saúde recebida na UBS. **Temas em Saúde**, João Pessoa, p.47-62, 2016.

VETTORE, Marcelo Vianna et al. Avaliação do manejo da infecção urinaria no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 338-351, 2013.

REIS, gleiziete silva; CASTRO, maria clenilde rodrigues; silva, tassiane BARBOSA. Infecção urinaria e pielonefrite no 1º trimestre da gravidez. **Health Research Journal**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2018.



## **SAÚDE DO IDOSO: REFLEXÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

### **HEALTH OF THE ELDERLY: REFLECTIONS ON PUBLIC POLICIES AND NURSING ASSISTANCE IN PRIMARY CARE**

Maria Solange Rodrigues<sup>1</sup>  
Patrícia Tavares de Lima<sup>2</sup>  
Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>  
Wesley Dantas de Assis<sup>3</sup>

#### **RESUMO**

O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais e possui algumas tendências em relação às enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso tanto no âmbito internacional assim como principalmente no âmbito brasileiro. Os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver e aplicar atitudes eficientes, observando e discutindo políticas públicas na atenção do idoso. Na elaboração deste trabalho foi abordado a revisão bibliográfica, utilizando-se a revisão narrativa, um dos tipos da revisão de literatura. Este estudo tem como objetivo verificar na literatura as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso e a assistência de Enfermagem na Atenção Básica. Diante da análise das políticas públicas ao identificar as que estão voltadas para o cuidado do idoso, encontram-se: Política Nacional do Idoso – Lei n. 8.842/94; Portaria n. 702/2002, Norma Operacional de Assistência à Saúde; Estatuto do Idoso lei n. 10.741/2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) portaria GM/MS n. 1.395/1999. Cabe aos profissionais de Enfermagem trabalhar com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce dos agravos mais frequentes na sua população idosa, bem como sua intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar o afastamento do idoso do seu convívio social e familiar. Esse cuidado deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das Unidades Básicas de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar, para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde.

**Palavras-Chave:** Atuação do Enfermeiro. Políticas Públicas. Saúde do Idoso

#### **ABSTRACT**

---

<sup>36</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [solsolangerodrigues6@gmail.com](mailto:solsolangerodrigues6@gmail.com).

<sup>2</sup>Orientadora. Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Professora e Coordenadora do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: [patriciallima81@hotmail.com](mailto:patriciallima81@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/9718641695987853>

<sup>3</sup>Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

Aging is a universal process that is comprised of a reduction in functional activities and has some tendencies towards diseases that continually lead to the construction of public policies for the elderly both in the international scope and especially in the Brazilian context. Nursing professionals should be able to develop and apply efficient attitudes, observing and discussing public policies in the attention of the elderly. In the preparation of this work the bibliographic review was approached, using the narrative revision, one of the types of the literature review. This study aims to verify in the literature the public policies focused on the health of the elderly and Nursing care in Basic Care. Before the analysis of the public policies when identifying the ones that are geared towards the care of the elderly, they are: National Policy of the Elderly - Law n. 8,842 / 94; Portaria n. 702/2002, Operational Health Care Standard; Statute of the Elderly Law no. 10,741 / 2003 and the National Policy on the Health of the Elderly Person (PNSPI) Administrative Rule GM / MS n. 1395/1999. It is up to the Nursing professionals to work with promotional measures of specific protection, early identification of the most frequent injuries in their elderly population, as well as their intervention and rehabilitation measures aimed at avoiding the elderly's withdrawal from their social and family life. This care should be based, fundamentally, on the family with the support of the Basic Health Units under the Family Health Strategy, which should represent, for the elderly, the link with the health system.

**Key words:** Nursing practice. Public policy. Health of the Elderly

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo universal, compreendido por uma redução das atividades funcionais as quais possui algumas tendências em relação às enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso, tanto no âmbito internacional assim como, principalmente no âmbito nacional. Essas políticas estão voltadas não somente para a terceira idade, como também para os profissionais da saúde, visando a sua divulgação e implementação (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

Quando se fala no termo envelhecimento é possível entender que no Brasil tem se mostrado uma realidade recente. Todavia, ao relacionar este fator com as situações de doenças, os hábitos de vida, dentre outros fatores externos, podemos perceber que há necessidade específica de assistência (MACIEL; GUERRA, 2015). Com o crescimento progressivo da população idosa no Brasil, é necessário analisar e buscar uma melhor qualidade de vida para os idosos, através da criação de políticas públicas.

A Política Nacional do Idoso (1994) descreve que envelhecer é um processo fisiológico enatural pelo qual todos os seres vivos passam e é, sem dúvida, a maior fase do desenvolvimento humano. Nascermos, crescermos e amadurecermos; e deste momento até a morte, e passamos a vida toda envelhecendo. No ano de 2006, foi criado o Pacto pela Saúde, onde a saúde do idoso foi inserida nas seis prioridades pactuadas. Ainda no mesmo ano, foi estabelecida a Portaria n.º 2.528, que estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), tendo como objetivo a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência, em consonância com os princípios do SUS.

Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população. Sendo assim, salienta que tal portaria deixa claro que atenção à saúde do idoso terá como parâmetro a Atenção Primária/Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Com a chegada do envelhecimento populacional, a sociedade deve estar preparada no que diz respeito à estruturação social, fazendo-se necessária a implementação de estratégias educacionais políticas e sociais voltadas para a promoção da saúde tanto dos idosos como dos que o serão no futuro (BORBA, 2002).

Estigmas negativos, que normalmente estão associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. Assim o aumento do contingente de idosos preconiza maior atenção às questões de assistência a esses sujeitos. Desta forma, tem-se a necessidade de uma reflexão e atuação acerca das repercussões das transformações sociais decorrentes do envelhecimento (SOUZA; BRETAS, 2016).

A incapacidade física é o problema que mais afeta essa faixa etária, sendo sua principal causa as doenças crônicas, interferindo diretamente na realização de suas atividades de vida diária. Além disto, são muito comuns às demências, os acidentes vasculares cerebrais, as coronariopatias, o Diabetes

Mellitus e inúmeras outras patologias crônico-degenerativas, que são causas de dependência física ou psíquica, que na maioria dos casos é quase sempre definitiva (RODRIGUES, 2015).

Considerando que a essência da Enfermagem é o cuidado com o ser humano, o profissional dessa área tem papel de fundamental importância nesse processo em relação ao paciente que se encontra sob seus cuidados. Ressalte-se que a função do profissional de Enfermagem é a de ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo suas capacidades funcionais, independentemente de seu estado de saúde e de sua idade (LEOPARDI, 2015).

Por estes motivos, os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver e aplicar atitudes eficientes, observando e discutindo políticas públicas na atenção do idoso. Conforme Rodrigues (2015), os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores e políticos brasileiros observarem o panorama dessa transição, e, em conjunto com a sociedade, num curto espaço de tempo, discutirem as políticas públicas de atenção ao idoso. Estas devem ser implementadas em todas as esferas sociais, por profissionais que atendem essa parcela populacional, particularmente os Enfermeiros.

Este estudo teve como objetivo geral verificar na literatura as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso e a assistência de Enfermagem na Atenção Básica, evidenciando conhecer o papel do enfermeiro na assistência ao idoso.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica, utilizando-se a revisão narrativa, um dos tipos da revisão de literatura. Segundo Silva et al. (2002), a revisão narrativa não é imparcial porque permite o relato de outros trabalhos, a partir da compreensão do pesquisador sobre como os outros fizeram.

Compreende-se como revisão bibliográfica, ou revisão da literatura, a análise crítica, meticulosa e ampla das publicações prontas correntes em uma determinada área do conhecimento (TRENTINI; PAIN, 2009). Este tipo de pesquisa tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com

tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A pesquisa bibliográfica procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros. Busca também conhecer e analisar conteúdos científicos sobre determinado tema (MARTINS; PINTO, 2007).

A pesquisa foi feita através da análise de livros, revistas, artigos, monografias, artigos extraídos via internet, no SCIELO, LILACS, MEDLINE e nas publicações do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde.

Para a coleta de dados foi utilizada a leitura e análise crítica das publicações em português, texto completo, e considerando um período equivalente do ano de 2002 a 2018, totalizando 18 artigos. Para isso foram utilizados os seguintes descritores: atuação do enfermeiro, Políticas Públicas, Saúde do Idoso.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Diante da análise das políticas públicas ao identificar as que estão voltadas para o cuidado do idoso, encontram-se: Política Nacional do Idoso – Lei n. 8.842, de 1994; Portaria n. 702, de 2002, que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Estatuto do Idoso – Lei n. 10.741 de 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) publicada por meio da portaria GM/MS n. 1.395, de 10 dezembro de 1999 (CAMACHO, 2010).

Nesse contexto:

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.” (BRASIL, 2010, p.24).

Os idosos têm direito a todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, utilizando-se de meios que preservam a saúde física e mental, e institui penas severas mediante ao desrespeito ou abandono. No ano de 2006, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi reformulada e passaram a ser chamada de Política Nacional implementada, duas ações extremamente importantes, a internação domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS) e a caderneta de saúde para a pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Nos dias atuais é notável o crescimento excessivo da população idosa na sociedade moderna, sendo necessária a busca de meios para enfrentamento de novos desafios impondo novas exigências aos sistemas de saúde. Verificando esse aumento, é possível perceber que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, buscam desenvolver certas dificuldades na sua prática de cuidados de enfermagem (VERAS, 2012).

Os profissionais da equipe de saúde da família devem estar atentos à mudança do perfil populacional da sua área de abrangência, com o significativo aumento da população idosa. Cabe a esses profissionais trabalhar com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce dos agravos mais frequentes na sua população idosa, bem como sua intervenção e medidas de reabilitação voltadas a evitar o afastamento do idoso do seu convívio social e familiar (OLIVEIRA, et al, 2011).

O cuidado do idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família com o apoio das Unidades Básicas de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar, para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde. É importante destacar a necessidade dos profissionais de saúde para alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que os idosos estão expostos no domicílio e fora dele, além de identificarem as formas de intervenção para sua exclusão ou minimização, sempre com a parceria do próprio grupo de idosos e os seus familiares (LIMA, 2010).

Dessa forma, na sua prática profissional, os profissionais da Atenção Básica devem assimilar a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na comunidade como fatores essenciais para a manutenção do seu equilíbrio físico e mental (SILVESTRE, 2013).

As ações direcionadas ao idoso devem estimular a inter-relação e o convívio social, respeito à individualidade, autonomia, independência, o fortalecimento dos laços familiares, numa perspectiva de prevenção ao asilamento, melhoria da qualidade de vida, o acesso aos direitos de cidadania e a efetiva participação social do idoso, assegurando o envelhecimento ativo e saudável (RODRIGUES, 2015).

O papel da enfermagem engloba assistência qualificada e sistematizada voltada para os cuidados individuais e coletivos de prevenção e manutenção da vida da população desenvolvendo processos educativos para a saúde. Tendo em vista isto, o enfermeiro deve compreender sobre a atual situação em que se encontra o idoso e seu cuidador no contexto social, econômico e cultural (SILVA et al., 2018).

Dentre as atribuições do enfermeiro na ESF, é destacado: realização da consulta de enfermagem, abordando questões referentes à higiene, alimentação, Imunização, Informar sobre o uso correto dos medicamentos utilizados; Notificar situações de risco ou de violência contra o idoso; Agendar os retornos de acordo com a necessidade do caso, priorizando sempre os idosos em maior situação de risco (PINTO, 2014).

O artigo intitulado “Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde” descreve que uma das principais dificuldades relatadas pelos idosos são a falta e autonomia para sair de casa sem acompanhamento, esse problema também se estende na falta de estruturação física das Unidades de Saúde, pois não são totalmente acessíveis, há déficit de equipamentos de apoios como: rampa, corrimões, cadeira de rodas (PICCINI et al., 2006).

Baseado nas informações encontradas no artigo: A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais, foi identificado que os idosos, por apresentarem características específicas, demandam, no atendimento das necessidades de saúde, busca ativa de seus riscos e danos, compreendendo os aspectos funcionais, sociais, emocionais e ambientais. Tal busca deve fornecer elementos para a elaboração de propostas e desenvolvimento de ações visando à promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de

saúde. Neste contexto, ênfase deve ser dada ao acolhimento, no acesso e à atenção global e interdisciplinar (MARIN, et al, 2008).

Segundo Franco et al. (2009), o bom acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Apesar das medidas de priorização do acesso oferecidas pela Unidade, não se observa claramente a percepção das mesmas pelos usuários, bem como a importância delas para facilitar a entrada no serviço de saúde. Talvez as prioridades garantidas legalmente não tenham chegado ao conhecimento da população idosa ao ponto de sentirem o impacto positivo em relação à sua utilização (OLIVEIRA et al., 2013).

Na percepção de alguns dos entrevistados, a assistência prestada na ESF é de qualidade, por seguirem o protocolo de atendimento proposto pela Secretaria Municipal de Saúde. Salienta-se, no entanto, que os protocolos existentes são destinados ao atendimento de portadores de hipertensão e diabetes e, que, apesar de a maioria ser idosa, também servem a outras faixas etárias. Além disso, tais protocolos, ao focar o cuidado de uma doença, demonstram-se insuficientes no atendimento integral da pessoa idosa (SILVA et al., 2018).

Sobre a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece seis itens necessários para realizar ações de atenção primária, dentre elas destaca-se a inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, seguindo as normas sanitárias, e a disponibilização de uma equipe multiprofissional e de equipamentos e materiais adequados às ações a serem desenvolvidas pela unidade, que se adequam ao trabalho dos profissionais pertencentes à UBS (BRASIL, 2012).

Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, a enfermagem deve propor ao idoso e ao seu cuidador a interatividade



nesse processo. Diante disso, foi elaborada estratégias baseadas nas políticas públicas para o idoso de modo geral(Quadro 1), evidenciando medidas preventivas para o idoso.

**Quadro 1:** Ações de enfermagem frente ao idoso

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICAMENTOS E VACINA</b>             | Compreender que o tratamento farmacológico é especialmente importante para idosos porque eles são mais suscetíveis aos efeitos adversos dos medicamentos. Conhecer o nome dos medicamentos, o tempo que cada um deve ser ingerido, e quais atividades, alimentos, bebidas e outros medicamentos devem ser evitados a fim de evitar problemas em idosos. Bem como estar em dia com o caderno de vacinação, a fim de prevenir futuros agravos. |
| <b>QUEDAS</b>                            | Avaliar o ambiente onde o idoso reside, ou que transita diariamente o qual deve ser um local seguro, funcional, confortável. Colocação de pisos antiderrapantes; manutenção de pisos e assoalhos livres de substâncias escorregadias; evitar os desníveis de pisos; preferir rampas ao invés de escadas; evitar tapetes; organizar os móveis para a passagem livre dos idosos.                                                               |
| <b>DEPRESSÃO</b>                         | O envelhecimento psicológico caracteriza-se pela mudança de comportamento como tristeza e isolamento, desse modo, o idoso deve ter acompanhamento psicológico, e ser incentivado a formar grupos, estudar, fazer trabalhos voluntários, cultivar amizades e frequentar lugares para lazer.                                                                                                                                                   |
| <b>ATIVIDADES FÍSICAS</b>                | Exercício aeróbico, levantar peso ajuda a proteger contra a fraqueza muscular, perda de tecido muscular relacionado à idade e osteoporose pelo fortalecimento dos músculos e aumento da densidade óssea. O exercício físico aumenta a resistência e pode reduzir levemente o risco de alguns distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos. Em idosos, dançar pode ter benefícios adicionais, como melhorar o equilíbrio e prevenir quedas.   |
| <b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>             | Fazer uso de uma dieta específica, o organismo absorve e utiliza de forma menos eficiente os nutrientes, o que provoca maior predisposição a doenças e maior necessidade nutricional. Atentando-se a uma possível dificuldade de deglutição e/ou mastigação.                                                                                                                                                                                 |
| <b>ATIVIDADES DE LAZER E OCUPACIONAL</b> | A recreação colabora por ser uma alternativa de adaptação às mudanças e perdas da velhice, com danças, jogos e brincadeiras, esta alternativa pode fazer com que os idosos criem novos hábitos, laços afetivos, tornem-se mais motivados para realizarem as atividades diárias e modificar seu modo de pensar acerca da sociedade como um todo.                                                                                              |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A assistência de enfermagem baseia-se na prática, que resulta do encontro da enfermagem com a assistência à saúde e através desse encontro entre enfermeiro e paciente que o ato de cuidar se torna humanizado. Ao acolher o Idoso, os profissionais de saúde devem fazer uma profunda avaliação, a vida do Idoso sofre o efeito de numerosos fatores, entre eles, os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice (VERAS, 2012).

O acolhimento ao qual é referido, diz respeito ao modo como o idoso é atendido na atenção primária no sistema de saúde brasileiro, através das UBS (Unidades Básicas de Saúde) que desenvolvem seu atendimento por meio da Equipe de Saúde da Família. Aguiar (2011, p.99) pondera que “o processo de acolhimento às pessoas idosas nas unidades de saúde deve ser organizado como forma de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso”.

A meta da enfermagem é um maior bem estar para o enfermeiro e a pessoa idosa. A teoria é uma metodologia para o processo existencial em enfermagem, que tem por objetivo tanto a qualidade do cuidado quanto do cuidador (LEOPARDI, 2015).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento é um processo que afeta todos os indivíduos de forma lenta e gradativa, provocando alterações biológicas e socioambientais. Os idosos, tornam-se cada vez mais dependentes dos familiares e cuidadores, tem vista deste estudo, verificou-se a necessidade efetiva de profissionais de saúde, nesse caso, o enfermeiro, que esta inteirado de medidas que auxiliem na manutenção do bem-estar do idoso.

O enfermeiro precisa estar ciente de seu papel no intuito de utilizar a educação permanente como ato de conscientizar os familiares e cuidadores a optar pelas medidas preventivas para com o idoso, como forma de atuar na prevenção de danos futuros, podendo reduzir a mobilidade do idoso, tornando-o depende de outras pessoas para realização de suas atividades básicas.

Contudo, o enfermeiro deve ainda manter-se atento a sua própria assistência, levando em conta que ele também deve prestar essa assistência

diferenciada ao idoso, já que ele também se encontra encarregado de prestar uma assistência qualificada. Muitas são as vantagens de um cuidado como esse, além de favorecer ao idoso melhores condições para lidar com suas limitações, a prevenção na assistência ao idoso favorece uma redução de agravos futuros.

De acordo com a literatura estudada, ficou constatado que o cuidar do idoso, não pode apenas estar voltados ao tratamento de patologias, mas também priorizar a promoção da saúde, utilizando a prevenção como um ato de manter sua autonomia o fazendo participar e socializar com as coisas que estão a sua volta, notadamente pelos profissionais da Atenção Básica.

Merece destaque que o cuidar envolve um agir, uma atitude do enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros, podem ser percebidas no cotidiano, no relacionamento entre clientes-profissionais de enfermagem. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar - no agir humano.

Enfim, o enfermeiro é um profissional que atua diretamente na realização das ações voltadas para a saúde do idoso, por isso, torna-se importante o conhecimento de estratégias amplas que visam à melhoria da qualidade de vida, a autonomia e independência destas pessoas.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS**: Sistema Único de saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

BRASIL. **Lei No 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 2006. Disponível em: <[https://www. planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)> Acesso em: 08 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção a Saúde. **Atenção á saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 44p. Disponível em:< [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ biblioteca.php?conteudo=publicações/cab19](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicações/cab19)> Acesso em: 13 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível

em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/_19_10_2006.html)> . Acesso em: 5 out. 2018.

2006/prt2528

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BORBA, C. P. **Grupo de Terceira Idade Nova Vida do SESC**: Influência para o envelhecimento bem-sucedido. Aracaju: 2002. 44p. Monografia (Graduação em Enfermagem), Departamento de Enfermagem e Nutrição/UFS.

CAMACHO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara. (Cap.6), 58-71. 2010.

FELICIANO, A.B; MORAES, S.A; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(6):1575-85.

FRANCO, T.B. et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2009; 15:345-53.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2015.

LIMA, M.F. Epidemiologia do envelhecimento do Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2010. p.499-513.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 13, p. 37-44, 2015.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisas**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Editora Atlas, 2007. 6a ed. p.43 e 44.

MARIN, M.J.S. et al. A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2008; 11(2):245-258.

MARTINS, G.A; PINTO, R.L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, A.V, et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. enferm.** 66(1): 128-133. 2013.

OIVEIRA, W.N.N. et al. O Olhar da População Idosa sobre o Acesso a uma Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre – RS. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 51, n. 3, p. 17-22, set./ dez., 2011.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):657-667, 2006.

PINTO, M.A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 819- 824, dez, 2014.

RODRIGUES, G. H. P. Depressão como Determinante Clínico de Dependência e Baixa Qualidade de Vida em Idosos Cardiopatas. **Arq.Bras.Cardiol.** São Paulo, 2015.

SILVA, A. A.; et al. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem Integrada**, v. 01, n. 01, p. 12-21, 2002.

SILVA, T. et al. Acolhimento Ao Idoso Em Unidades De Saúde Da Família. **Revista de Enfermagem UFPE**. 2018, v. 12 n. 8, p2247-2256. 10p.

SILVESTRE, J. A. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mar. 2013.

SOUZA, R. F; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60(3): 263-67. 2016.

TRENTINI, M.; PAIN, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC; 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-554, 2012.

# **HUMANIZAÇÃO E CUIDADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA**

## **HUMANIZATION AND CARE IN NURSING ASSISTANCE: A REFLECTION NEEDED**

Flávia Myrna Souza Melo<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock<sup>2</sup>

Ana Cláudia Gomes Viana<sup>3</sup>

Zirleide Carlos Felix<sup>3</sup>

### **RESUMO**

A humanização e o cuidado tornaram-se uma questão a ser refletida, visto que, passou-se a observar a ocorrência de situações de desumanização no atendimento dos serviços de saúde, tal como na assistência de enfermagem. A humanização e o cuidado assumem seus princípios pautados de acordo com o uso da sua própria humanidade para assistir a do outro como um ser único, composto de corpo, mente, vontade e emoção. Este estudo teve como objetivo central refletir sobre a importância da humanização e do cuidado na assistência de enfermagem a partir da visão dos acadêmicos que hoje estão em campo de estágio, vivenciando a prática da assistência. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo com 40 discentes do curso de graduação de enfermagem de uma instituição de ensino superior da Paraíba. A partir deste estudo, observa-se que na visão dos discentes de enfermagem o cuidado e a humanização na assistência assumem um papel fundamental para uma oferta de saúde de qualidade, que proporcione conforto, segurança e bem estar para o paciente. Constatou-se que os princípios da humanização remetem às boas práticas a serem realizadas pelos profissionais de enfermagem, compreendendo as necessidades existenciais do paciente e a necessidade de colocar-se no lugar dele. Através da humanização consegue-se incluir o paciente como um todo e ofertar o cuidado de forma integral.

**Palavras-Chave:** Humanização, Cuidado, Assistência, Enfermagem.

### **ABSTRACT**

Humanization and care became an issue to be reflected, since it was observed the occurrence of situations of dehumanization in the care of health services, such as in nursing care. Humanization and care assume their principles according to the use of their own humanity to watch the other as a unique being, composed of body, mind, will and emotion. The main objective of this study was to reflect on the importance of

---

<sup>37</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.

E-mail: flaviamyrna@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: karellineivr@gmail.com. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

humanization and care in nursing care, based on the vision of the students who are currently in the field of internship, experiencing the practice of care. This is a qualitative and quantitative study with 40 undergraduate nursing students from a higher education institution in Paraíba. From this study, it is observed that in nursing students' view, care and humanization in care assume a fundamental role for a quality health supply that provides comfort, safety and well-being for the patient. It was verified that the principles of humanization refer to good practices to be performed by nursing professionals, understanding the existential needs of the patient and the need to put themselves in their place. Through humanization it is possible to include the patient as a whole and offer care in an integral way.

**Keywords:** Humanization, Caution, Assistance, Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

A humanização no cuidado e na assistência é um tema que vem sendo muito debatido na atualidade no campo da Saúde. Contudo, apesar das discussões terem se intensificado nos últimos anos, elas estão presentes na área da saúde há muito tempo, tendo como um grande marco desse movimento o simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care* (Humanizando o cuidado em Saúde) que aconteceu em 1972 em São Francisco nos Estados Unidos. Este evento pretendeu conceituar, ou ao menos identificar, o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e a possível maneira de programar cuidados humanizados. Desde a década de 50, estudos apontavam para os aspectos considerados desumanizantes relacionadas a falhas no atendimento e nas condições de trabalho. Nesse sentido, a humanização tornou-se uma questão a ser discutida considerando que no cotidiano da prestação de serviços de saúde ocorrem situações de desumanização no atendimento e no cuidado com o paciente (DESLANDES, 2006).

O cuidado significa prudência, precaução, zelo, atenção, cautela e se concretizando contexto da vida em sociedade. Cuidar torna-se colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, ou na dimensão social. Por ser um conceito de amplo espectro, pode incorporar em diversos significados, em um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, dentre estas, o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte. Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a

vida como um bem valioso em si, colocando-se lugar do outro, com ideia de humanismo e cuidado acima de tudo (SOUZA et al, 2005).

A humanização é a ação ou efeito de humanizar, de tornar humano ou mais humano, tornar benévolo, tornar afável. A humanização é tão importante na área da saúde que o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 1999. Em 2003, o programa se transformou em uma política pública de saúde, chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) com desígnio de agregar a eficiência técnica e científica a uma postura ética que respeitasse a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, aceitando os limites de cada um e a convivência com o desconhecido e o imprevisível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Segundo Souza et al (2005) diz que o cuidado e a humanização na enfermagem consistem na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnica e procedimentos, e outra, subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. Além disso, é possível elencar outros elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado: a forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o fazer com amor, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a compreensão da família, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso.

Quando se compara a teoria com a prática é possível perceber o cuidado fragmentado na assistência dos serviços de saúde que são realizados hoje em dia, tornando essencial a discussão acerca da importância da humanização no cuidar com os futuros profissionais da Enfermagem para que estes possam atuar com responsabilidade, ética, cautela, desvelo e socialização. Diante disso notou-se a necessidade de se desenvolver um estudo com intenção de contribuir para a melhoria da humanização e do cuidado na assistência à saúde, assim, o objetivo deste estudo é relatar a visão dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de



ensino superior acerca da importância da humanização e do cuidado na assistência de enfermagem.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Para alcançar o objetivo proposto pelo estudo foi utilizada uma pesquisa do tipo pesquisa-ação de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Segundo Tripp (2005) na pesquisa de campo o pesquisador se envolve diretamente no mundo escolhido para o estudo, o autor deve ser proativo na investigação. Ele deve propor ações e depois avaliar os resultados delas na população envolvida. É um método de coleta de informações diretamente de pessoas a respeito de seus conhecimentos. A coleta de informações foi feita através de questionários, aplicados no público-alvo escolhido para realização da pesquisa. O método utiliza um instrumento predefinido, que é o questionário, para obter descrições quantitativas de uma população; é quantitativo, e sua escolha deve estar associada aos objetivos da pesquisa (FREITAS et al, 2000).

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Inúmeros estudos podem ser classificados sob este título e uma de suas propriedades mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2002).

A pesquisa foi realizada com discentes de enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP, localizada na cidade de Cabedelo-Pb. Os critérios de inclusão da amostra são: que o discente esteja matriculado no 9º ou 10º período do curso de enfermagem e que esteja em campo de estágio. A seleção para participar do estudo seguiu o critério de aceitação dos participantes. Para a coleta dos dados foi elaborado um questionário (APÊNDICE A) com questões objetivas e subjetivas atendendo os objetivos propostos pelo estudo. Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados o formulário eletrônico online viabilizado através

do aplicativo Google Formulários, por meio do qual se viabilizou um formulário individual composto de perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa e de fácil e rápido acesso aos sujeitos participantes.

Os dados coletados foram tabulados e os textos submetidos a uma análise lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). O software IRAMUTEQ foi criado em 2009, ele é gratuito e desenvolvido sob a lógica da open source, utilizando o software R para gerar diferentes tipos de análises de dados textuais, desde as mais simples como cálculos de frequências até as análises multivariadas, como a classificação hierárquica descendente clara (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

Após a coleta os dados foram organizados e passados pelo processo de análise, para que pudessem ser transformados em informação. Nessa fase foi exigida a utilização de análises estatísticas: média, frequência e porcentagem (para variáveis quantitativas) e métodos compreensivos como a análise de conteúdo (para variáveis qualitativas). Os dados foram analisados a partir da bibliografia levantada sobre o tema para realizar a análise teórica, efetuando as reflexões críticas ou comparativas com base na literatura estudada.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos uma vez que envolve seres humanos, foram observados o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como a Resolução nº 510/2016, ambas estabelecem qual a conduta do pesquisador no processo de investigação científica quando envolve serem humanos, resguardando os princípios bioéticos fundamentais: autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Assim, antes do início da coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IESP, tendo sido aprovado conforme o parecer consubstanciado CAAE nº 95656318.3.0000.5184.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados acerca da caracterização dos discentes pesquisados no Instituto de Educação Superior da Paraíba em Cabedelo estão representados na Tabela 1.

| Dados do Participante |              | Nº | Frequência % |
|-----------------------|--------------|----|--------------|
| Gênero                | Masculino    | 04 | 10 %         |
|                       | Feminino     | 36 | 90 %         |
| Faixa Etária          | 18 a 25 anos | 14 | 35           |
|                       | 26 a 35 anos | 12 | 30           |
|                       | 36 a 45 anos | 11 | 27,5         |
|                       | + 46 anos    | 03 | 7,5          |
| Período em Curso      | 9 º período  | 26 | 65           |
|                       | 10 º período | 14 | 35           |
| Total                 |              | 40 | 100          |

\*n= número de participantes da pesquisa

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 1- Caracterização dos discentes de enfermagem participantes da pesquisa no Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP. Cabedelo, 2018.**

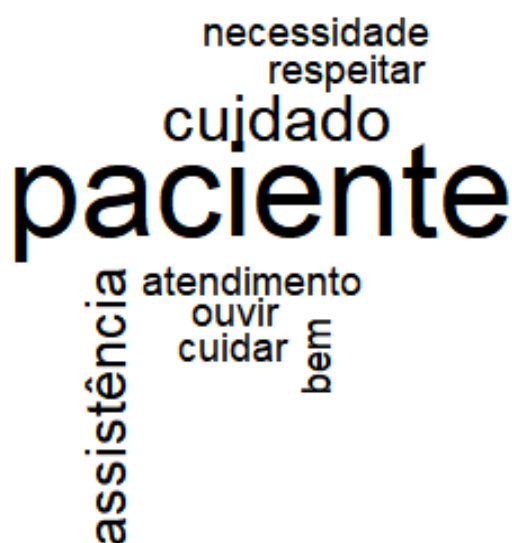
Na tabela 1, observa-se a predominância do gênero feminino na pesquisa em análise, demonstrando uma forte tendência feminina na área da enfermagem. A própria conceituação que foi dada a profissão ao longo dos anos, e também através de Florence Nightingale (1820-1910) desde sua origem em conjunto com o papel da mulher em diversas épocas, contribuiu para a feminilização desse setor. Embora isso seja verdade, podemos observar da mesma forma através do gráfico o aumento da tendência da participação masculina na categoria (COSTA et al, 2009).

Quanto a variável idade, pode-se observar que a prevalência se dá as pessoas entre 18 a 25 anos de idade em (35%) refletindo um público predominante, ativo e emergente das escolas, embora seja atraente de se chamar a atenção também para os entrevistados com 26 a 35 anos de idade (30%) e os de 36 a 45 anos (27,5) nos indicando um crescimento significativo desse público na universidade. São muitos os motivos que levam esse perfil de pessoas a voltar a estudar: às vezes para elevar o cargo na empresa, para adquirir mais uma formação que agregará na carreira, ou até mesmo pela simples vontade de retornar às salas de aula (PETROSKY; ONGARATTO, 2003).

As questões subjetivas foram submetidas à análise lexical que foram realizadas intra e interdiscurso, com análise sêmica e semântica na comparação das ocorrências de palavras, as unidades co-ocorrentes das mesmas palavras e de co-textos. A análise de similitude baseia-se na teoria dos grafos e possibilita identificar as co-ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade

entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

A partir da análise do corpus das respostas sobre o conceito de Humanização foi possível averiguar que no conhecimento destes discentes o termo “paciente” está relacionado com os termos direto “cuidado”, “assistência”, “respeitar”. Conforme observado na Figura 1 que apresenta o gráfico tipo nuvem em análise de palavras.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

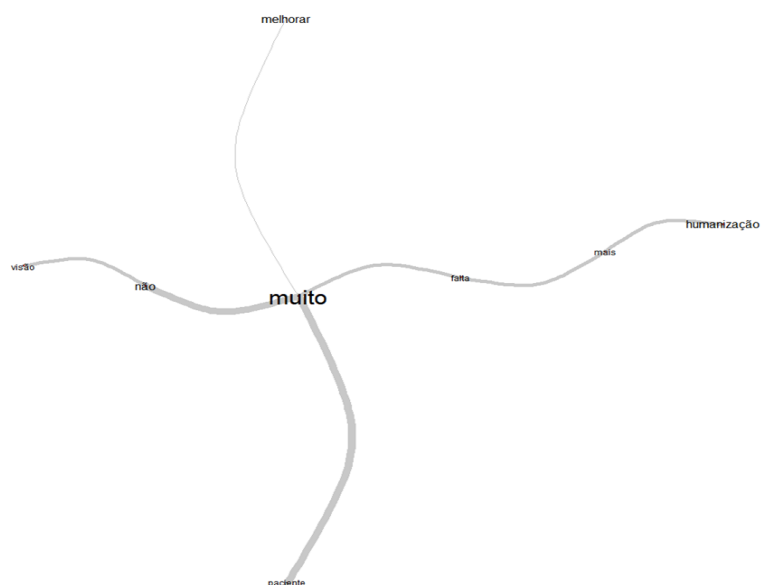
**Figura 1 - Gráfico tipo nuvem de palavras nas respostas acerca do conceito de humanização na assistência de enfermagem dos discentes participantes da pesquisa Cabedelo, 2018.**

A Figura 1 mostra a correlação dos termos acerca do conceito de humanização pelos estudantes de enfermagem incluídos na pesquisa, isso demonstra que eles possuem um bom e amplo conhecimento deste conceito. A humanização pode ser definida como valor, com o respeito à vida humana, incluindo circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo ser humano e, conseqüentemente, nas relações interpessoais. Este valor deve se fazer presente e complementado com aspectos técnico-científicos, para humanizar é preciso que os profissionais adotem uma prática em que os aspectos físicos, sociais e subjetivos compoñham o atendimento à saúde, alcançando benefícios para o usuário e o profissional, como dispositivo de recuperação e manutenção da saúde. A humanização pode e deve ser realizada por meio de palavras de carinho, conforto e

segurança, durante as tantas atividades realizadas pela equipe de enfermagem Não é necessária uma situação especial para oferecer atendimento humanizado, basta aperfeiçoar o tempo e oferecer qualidade no atendimento de rotina (ROCHA; CARVALHO, 2007).

As respostas dos discentes de enfermagem investigados demonstra que a prioridade é o termo “paciente”, que de fato este venha a ser a o termo fundamental para a humanização, a qual só pode ser colocada em prática através da relação com o usuário de saúde, a partir dela consegue-se correlacionar à assistência, proporcionando assim um atendimento de qualidade com cuidado, acima de tudo respeitando o paciente como um todo e atentando para suas necessidades. Pode-se assim dizer que a humanização engloba todos os termos mencionados acima na nuvem de palavras.

Hoje em dia diante da escassez na humanização da assistência de enfermagem podemos elencar fatores que auxiliam para o comprometimento desta humanização da assistência, entre um eles podemos destacar os de ordem estrutural e político, como, por exemplo, a falta de recursos materiais para prestar ao cliente uma assistência de qualidade e o número de profissionais incompatível com o número de clientes a serem assistidos, resultando no comprometimento da assistência a ser prestada. Pode-se destacar também a falta de aprendizado diante de situações que envolvam o sofrimento humano, falta de conhecimento dos próprios profissionais sobre a humanização, desacerto na comunicação afetiva e cuidadosa com o paciente e família. A Figura 2 apresenta uma análise de similitude de palavras nas respostas dos discentes acerca da visão do campo de estágio como anda a Humanização e o cuidado na assistência de Enfermagem.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

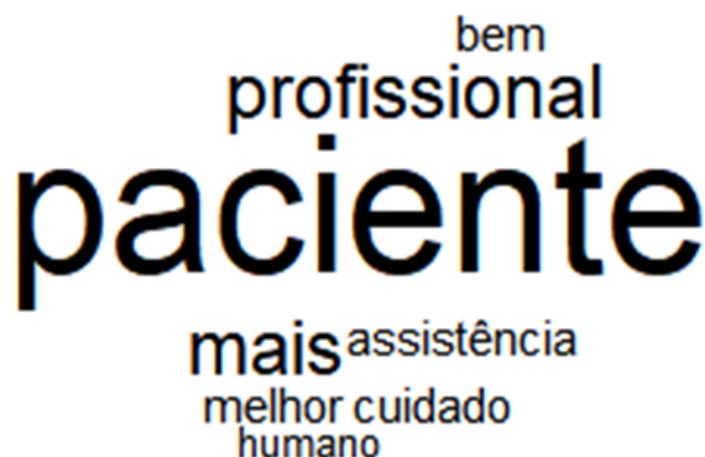
**Figura 2 - Gráfico de análise de similitude de palavras nas respostas acerca de como anda a humanização e o cuidado na assistência de enfermagem no campo de estágio.**

Diante da figura 2, verifica-se que o termo “muito” se destaca, vindo em seguida direto dos termos “humanização”, “falta” e “melhorar”“. Na prática do campo de estágio, os discentes observaram que a humanização ofertada hoje em dia ainda pode ser melhorada.

Diante dos dilemas e práticas da assistência hospitalar, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi criado com o escopo de apresentar um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência, aprimorando as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, tornado assim com que a humanização esteja comumente correlacionada, de forma complexa, a distintas categorias, entre elas, a integralidade, a qualidade da assistência, a gestão, o protagonismo dos sujeitos e a subjetividade inerente ao cuidado em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Sabe-se que a humanização é primordial na área da saúde, através dela conseguimos nos tornar mais humano, socializar, respeitar, reverenciar com educação. Com sua utilização será possível atingir um alto nível de satisfação no atendimento e, conseqüentemente, melhorar a experiência do usuário.

Na Figura 3, apresenta-se um gráfico tipo nuvem de palavras para ilustrar as respostas a respeito das vantagens da humanização e do cuidado na assistência de Enfermagem conforme a percepção dos discentes.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Figura 3 - Gráfico tipo nuvem de palavras nas respostas a respeito das vantagens da humanização e do cuidado na assistência de Enfermagem**

Diante da figura 3 acima, compreende-se que a presença da humanização na assistência de enfermagem, segundo os discentes, gera melhor qualidade na assistência, promovendo uma melhora no cuidado ao paciente.

Cuidar em enfermagem consiste em empenhar esforços transpessoais de um ser humano para outro, objetivando promover, proteger, e preservar a humanidade, auxiliando as pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. Ajudar outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura, quando então, um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (WALDOW et al, 1998).

O cuidado apresenta-se na preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem dispendioso em si. Por ser um conceito abundante, pode incorporar diversos significados. Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro, em sua complexidade, suas

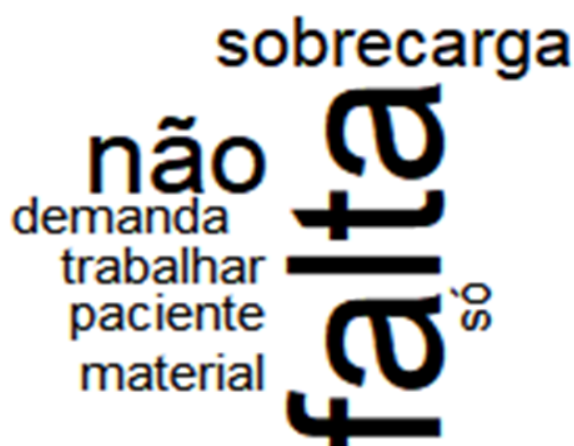
escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão (SOUZA et al, 2004).

O cuidado é substancial ao ser humano, o cuidado como essência da enfermagem e como função precípua do enfermeiro há de ser conceituado e compreendido por todos, com a perspectiva de dar sentido ao fazer da enfermagem para os que oferecem cuidados (enfermeiras), para quem recebe os cuidados (pacientes/clientes), para educadores e educandos da área de enfermagem. Entre as necessidades de desenvolvimento de conceitos de enfermagem, o processo de fazer-ensinar enfermagem requer compreensão do conceito de cuidado e do processo de cuidar em enfermagem. Desse modo, o fazer e o ensinar poderão ter significado para todos os envolvidos neste processo – enfermeiros e alunos de enfermagem – e, ainda, possibilitarão a construção de outros conceitos que atendam ao processo fazer-ensinar enfermagem nos diversos cenários da prática de enfermagem (VALE; PAGLIUCA, 2010).

A humanização quando em conjunto com o cuidado na assistência de enfermagem revela-se como precedência a obtenção do alívio do sofrimento humano, manutenção da dignidade, e auxílio na resolução e no enfrentamento de diversas situações e na experiência do viver ou morrer. Similarmente pode ser traduzida em atitudes profissionais de integridade humanização, espiritualidade, sensibilidade, visão de colocar-se no lugar do outro e, ainda, como parte da ética humana, pois todos os relacionamentos, comportamentos, envolvem uma ética que os qualifica como certos ou errados. Assim, a responsabilidade precípua do profissional da saúde deve ser a de cuidar do ser humano de modo a promover a realização de suas necessidades integralmente, porquanto, o cuidar deve contemplar o ser humano além da patologia.

A figura 4 apresenta um gráfico tipo nuvem de palavras com as respostas dos discentes investigados a respeito das dificuldades para a implementação da humanização e do cuidado na assistência de enfermagem.





Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Figura 4 - Gráfico tipo nuvem de palavras nas respostas a respeito das dificuldades para a implementação da humanização e do cuidado na assistência de enfermagem.**

Diante da Figura 4, as respostas dos discentes de enfermagem descrevem a escassez de recursos materiais e de equipamentos necessários para a execução dos procedimentos e da intensa rotina de enfermagem.

Sabe-se que a falta de materiais existentes nas instituições interferem no trabalho e também nos sentimentos emocionais dos profissionais e indiretamente nos usuários de saúde, atrapalha a operacionalização de ações e consequentemente, comprometem a humanização da assistência de enfermagem (SILVA et al, 2011). Segundo a autora supracitada, alguns fatores contribuem para a insatisfação no ambiente de trabalho, como a limitação do quadro e a insegurança dos profissionais, as condições insalubres de trabalho e os crescentes cortes das verbas públicas, que acabam dificultando na manutenção das instituições.

Ademais, citam-se também a o descontentamento no trabalho, os baixos salários, a falta de reconhecimento, tudo isso podendo, ainda, implicar em questões legais e de saúde do trabalhador. Além disso, as particularidades do ambiente de trabalho, dos equipamentos e da organização do trabalho muitas vezes conspiram contra a qualidade do cuidado e, consequentemente, com a aplicação dos princípios da humanização. O quantitativo de profissionais inferior ao número necessário para

prestar atendimento a grande população ocasionando uma sobrecarga de trabalho levando à alta rotatividade de paciente, resultando em uma humanização desassistida e precária (COELHO, 2014).

Certifica-se também que a alta demanda de tarefas, ausência de reciclagem periódica, o ritmo acelerado, a quase inexistência de pausas de descanso ao longo do dia, a intensa responsabilidade pertinente a cada procedimento ou tarefa realizada a falta de funcionário e carência de orientação são razões concernentes ao sistema como um todo e que precisam ser reavaliados para a prevenção de ocorrências ao paciente, e a equipe de saúde (MENDES, 2018).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos achados neste trabalho, conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados ao relatar a visão dos acadêmicos de enfermagem acerca da importância da humanização e do cuidado na assistência de enfermagem, destacando como se configura a humanização hoje em dia nos serviços de saúde, elencando suas vantagens e as dificuldades encontradas na implementação da humanização do cuidado.

A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, constata-se que os discentes possuem um conhecimento integrador a respeito do amplo conceito sobre a humanização, elencando como prioridade na humanização, o paciente. Sabe-se que a humanização possui diversos termos e significados, e entre eles pode-se destacar o ato de se tornar mais 'humano'. Implementar o cuidado a partir dos princípios da humanização remete às boas práticas a serem realizada pelo profissional de enfermagem, compreendendo as necessidades existenciais do paciente e a necessidade de colocar-se no lugar dele. Assim, através da humanização consegue-se incluir o paciente como um todo e ofertar o cuidado de forma integral.

Nesse sentido, é de grande relevância destacar a visão dos acadêmicos participantes da pesquisa acerca das vantagens que a humanização e o cuidado trazem para a assistência de enfermagem, promove a melhora do cuidado ao paciente, se estabelece mais respeito e mais reconhecimento, se atenta para as necessidades existenciais do paciente procurando atendê-lo com solidariedade, nos

torna capaz de confortá-lo promovendo o diálogo e o cuidado integral. Quando o trabalho é realizado com a humanização, ele é refletido para a equipe multiprofissional, tornando o ambiente cada vez mais humanizado e produtivo. É necessário evidenciar que nos resultados obtidos na pesquisa foi possível identificar que existem diversos fatores que impedem ou dificultam a implementação formal da humanização do cuidado na assistência de enfermagem, desde fatores pessoais, psicológicos, socioeconômicos, estrutural e até políticos.

Dada à importância da temática envolvendo o cuidado e a humanização, este estudo considera que a enfermagem tem seu embasamento teórico na abordagem do ser humano garantindo um cuidado integral e uma assistência humanizada. Assim, trata-se de uma reflexão necessária junto aos discentes de forma a somar na sua formação profissional, para que assim os futuros enfermeiros possam atuar com responsabilidade, ética, cautela, desvelo, socialização e humanização.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília:Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Brasil, 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde**.Código de ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Brasil, 2016.

COELHO, Maria Alice. **A Enfermagem**: principais dificuldades na prática e o caminho a ser seguido.Goiás: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

COSTA, Roberta et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Revista **Texto Contexto - Enferm**, vol.18, n.4, Florianópolis, Oct./Dec. 2009.

DESLANDES, S. F.**Humanização dos cuidados em saúde**:conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração, São Paulo**. v. 35, n. 3, p.105-112, jul, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas S.A., 2002.

SILVA, Fernanda Duarte; et al. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. **Esc Ana Nery**, v. 15, n.2, p. 306-313, 2011.

SOUZA, Maria de Lourdes de; et al. O Cuidado em Enfermagem- uma aproximação teórica. **Revista Texto Contexto Enferm**, v.14, n.2, p.266-70, Abr-Jun, 2005.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Revista Educação e Pesquisa**.v. 31, n. 3, p.443-466, dez, 2005.

MARCHAND, P; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialiste pour l'élection présidentielle française. **Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**, p. 687-699, 2012.

MENDES, Wyara Quinta. **A dificuldade dos profissionais de enfermagem para o controle das iatrogenias**. Blog Portal Educação, São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-dificuldade-dos-profissionais-de-enfermagem-para-o-controle-das-iatrogenias/30098>> Acesso em: 05/10/2018.

PETROSKY, Natália; ONGARATTO, Nicole. Pessoas com mais de 40 anos voltam às salas de aula. **Revista Rudge Ramos Online**, Universidade Metodista de São Paulo, Maio, 2013.

# **ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL ACOMPANHADOS PELO CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL**

Jediane Batista Nóbrega<sup>1</sup>  
Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>2</sup>  
Teresa Cristina Albuquerque Leal<sup>3</sup>  
Maria das Graças Lucena<sup>3</sup>

## **RESUMO**

O presente estudo aborda sobre a atuação do enfermeiro nos Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, mediante pesquisa bibliográfica. Como se sabe é cada vez maior o número de portadores de transtornos mentais, muitos dos quais em virtude do uso de drogas ilícitas. Este estudo teve como objetivos verificar na literatura os principais aspectos que envolvem a atuação do enfermeiro na saúde mental; investigar como o enfermeiro atua nos Centros de Atendimento Psicossocial; e contribuir para uma compreensão mais aprofundada sobre a importância do enfermeiro na saúde mental. Foi realizado através de pesquisa bibliográfica realizado na literatura pertinente e de reconhecida cientificidade. O portador de transtornos mentais, muitas vezes desenvolve esse transtorno em decorrência do uso de drogas ilícitas, como por exemplo, o crack, a cocaína e outras substâncias semelhantes. O CAPS desempenha um papel imprescindível ao portador de transtornos mentais, que o assiste de forma integral, como uma equipe multidisciplinar, estendendo essa atenção também à família, no que se refere à necessidade que esta tem para que se torne apta a também tratar o portador de transtorno mental enquanto este estiver em casa.

**Palavras-chaves:** Transtorno mental. Tratamento. Caps. Drogas.

## **ABSTRACT**

The present study deals with the performance of the nurse in the Psychosocial Care Centers - CAPS, through bibliographic research. As is known, the number of patients with mental disorders is increasing, many of them due to the use of illicit drugs. This study aimed to verify in the literature the main aspects that involve the nurses' performance in mental health; investigating how nurses work in Psychosocial Care Centers; and contribute to a deeper understanding of the importance of nurses in mental health. It was carried out through a bibliographical research carried out in the pertinent literature and of recognized scientificity. The person with mental disorders

---

<sup>38</sup>Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Email: jedianenobregaa@gmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Educação. Especialista em Metodologia do Ensino Superior e Enfermagem do Trabalho. Professora do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. E-mail: [suzinhaazevedo85@gmail.com](mailto:suzinhaazevedo85@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4346108369552356>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

often develops this disorder due to the use of illicit drugs, such as crack, cocaine and other similar substances. CAPS plays an essential role for the mentally disordered person, who assists him in a comprehensive way, as a multidisciplinary team, extending this attention also to the family, in relation to the need for it to become able to treat the bearer as well mental disorder while he is at home.

**Keywords:** Mental disorder. Treatment. Caps. Drugs.

## INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda sobre a atuação do enfermeiro nos Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, mediante pesquisa bibliográfica. Como se sabe é cada vez maior o número de portadores de transtornos mentais, muitos dos quais em virtude do uso de drogas ilícitas.

Uma boa atuação do enfermeiro na saúde mental requer do mesmo bastante conhecimento sobre o caso e, não apenas isto, mas está integrado a programas de formação continuada, participando de treinamentos, palestras, cursos, seminários, congressos, para que assim possa desempenhar seu trabalho com bastante eficácia.

A Saúde Mental no Brasil conta com um serviço de excelente qualidade que é oferecido gratuitamente para aqueles portadores de transtornos mentais, trata-se do Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS, sendo este um programa governamental, criado através da Portaria do Ministério da Saúde, nº 615, de 15 de abril de 2013, cujo propósito é acolher e tratar pessoas com sofrimento ou transtorno mental e vítimas de drogas lícitas e ilícitas, tais como crack, álcool, entre outros, em todo o território brasileiro.

Geralmente, os portadores de transtornos mentais são encaminhados aos Centros por hospitais, postos de saúde, escolas ou até mesmo pelo poder judiciário, mas isso não impede que uma pessoa busque atendimento direto nos CAPS. Quando chega, o portador de transtornos mental primeiro passa pelo acolhimento. Nesse momento, ele é entrevistado por um dos profissionais do local, que faz perguntas para obter as principais informações sobre a pessoa.

Assim, é possível fazer um diagnóstico inicial para classificar a gravidade da situação e se o caso deve ser tratado no CAPS ou transferido para outro local – Unidades Básicas de Saúde, em casos mais leves, ou hospitais especializados, nos

mais graves. Se o portador de transtornos mental permanece no Centro, é estabelecido um Plano Terapêutico Singular – PTS, desenvolvido pelo profissional que inicialmente fez a entrevista, mas com atividades em conjunto com outros profissionais.

A equipe analisa o caso e desenvolve ações relacionadas às necessidades do portador de transtornos mental, como consultas com psicólogo, usar medicação, realizar atividades físicas ou oficinas, exames clínicos, entre outros. Uma vez definido o trabalho a ser realizado com o portador de transtornos mental, o responsável pelo PTS vai atrás de recursos dentro do território em que a pessoa vive para atender a esse plano.

Mesmo sendo a psicoterapia individual uma atividade importante para a qualidade da saúde mental, o carro-chefe das ações dos CAPS é o desenvolvimento de atividades em grupo e oficinas terapêuticas, para que o portador de transtornos mental possa ir se recuperando e recupere o seu potencial de inserção social. Dessa forma, busca-se oferecer aos portadores de transtornos mentais locais em que possam realizar oficinas culturais (como dança, música, teatro) e atividades físicas (judô, capoeira, futebol).

A própria estrutura dos CAPS também é montada pensando no público que será atendido. No caso dos Centros infantis, por exemplo, para que o ambiente seja acolhedor e adequado, são inseridos brinquedos e outros recursos e o PTS precisa contemplar o portador de transtornos mental e seus familiares.

O Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) surgiu em São Paulo, no ano de 1987. Com recursos federais e de caráter público, esse novo serviço veio atender a demanda de atendimentos em saúde mental, tendo recebido o nome, a princípio, de Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, com a sigla CAPS, que foi seguida posteriormente em todo o país pelos próprios usuários do serviço. O centro tornou-se um modelo institucional para os demais CAPS brasileiros. (GOLDBERG, apud PITTA, 1996).

Aos poucos foi sendo edificada a ideia dos centros de atenção psicossocial como espaços que gerariam a reabilitação psicossocial, que se diferenciam enquanto uma modalidade de assistência pública em saúde mental individual e coletiva, que procuram a criação de uma ética e política ajustadas em saúde

mental (SAMPAIO; SANTOS apud PITTA, 1996) e procurariam partir com o sentido de manter incluso, que caracterizava o modelo hospitalar de atendimento em saúde mental, o que ainda vinha problematizar a questão da cidadania daqueles ditos “insanos”.

Importante também é a questão dos profissionais destes serviços de atenção psicossocial, que devem perceber o processo de adoecer psíquico em sua complexidade multidimensional, o que ampliaria a noção conceitual de reabilitação psicossocial, cuja definição seria associada ao trabalho do “olhar” volvido para o sujeito em vez de para a doença, consecutivamente buscando novas subjetividades, e não mais a cura (OLIVEIRA; FURTADO, 2007).

Os CAPS têm caráter comunitário e aberto, sendo constituído por equipes multiprofissionais e transdisciplinares. Entre estes, o enfermeiro desempenha um papel de grande importância, uma vez que este atua no acompanhamento dos portadores de transtornos mentais evitando assim recidivas.

O CAPS atende aos usuários diagnosticados com transtornos mentais graves e persistentes, ou não. São de grande importância para as comunidades de todos os municípios brasileiros, onde os casos de transtornos mentais têm aumentado consideravelmente em virtude das drogas lícitas e ilícitas, além daqueles que também sofrem normalmente, e independente do uso de tais substâncias.

O Centro de Atendimento Psicossocial estende o seu atendimento também aos membros da família dos portadores de transtornos mentais, orientando-os e apoiando de acordo com as normas previstas, visando a ressocialização de seus portadores de transtornos mentais no convívio familiar, o que ainda é um desafio, uma vez que a convivência da família com o portador de transtornos mental muitas vezes é difícil, cheia de conflitos, tensões e incompreensões, requerendo, desse modo bastante entendimento e equilíbrio.

Diante do exposto, tivemos a seguinte questão problematizadora: Qual a atuação do enfermeiro na Saúde Mental?

Para tanto, traçamos os seguintes objetivos: verificar na literatura os principais aspectos que envolvem a atuação do enfermeiro na saúde mental; investigar como o enfermeiro atua nos Centros de Atendimento Psicossocial; e



contribuir para uma compreensão mais aprofundada sobre a importância do enfermeiro na saúde mental.

## **2 METODOLOGIA DE PESQUISA**

Este estudo trata de uma pesquisa do tipo bibliográfica descritiva. Utilizou-se informações de obras já existentes do estado da arte sobre Saúde Mental. A pesquisa básica consiste em entender, descrever e explicar os fenômenos da natureza (física, química, biologia e psicologia) através da aquisição de conhecimento sobre seu comportamento, sem ter como objetivo central finalidades práticas ou de curto prazo (JUNG, 2004).

Já a pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A realização desta pesquisa seguiu as seis etapas que constituem o método de pesquisa: escolha do tema, organização de critérios para seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos dados, interpretação dos resultados e apresentação da pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O desenvolvimento deste trabalho transcorreu a partir de material já elaborado por outros autores sobre o tema: assistência do enfermeiro a pacientes portadores do transtorno mental acompanhados pelo Centro de Atendimento Psicossocial.

A identificação das fontes bibliográficas foi realizada por meio do sistema informatizado de busca da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, SCIELO, LILACS, Artigos Acadêmicos e livros disponibilizados no acervo da Biblioteca do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Para a organização da pesquisa, foram utilizados os critérios de inclusão: artigos científicos indexados nos bancos de dados selecionados, com texto completo, no idioma português, no período de 1987 a 2017.

Para selecionar o material foram utilizados os seguintes descritores: saúde mental; Caps; e enfermeiro. E nos critérios de exclusão: periódicos que não fornecem o texto completo, artigos que não são disponibilizados no idioma português, artigos que não apresentem o assunto abordado.

### 3 ANÁLISES E DISCUSSÕES

#### 3.1 Aspectos gerais sobre Transtornos Mentais

Os transtornos mentais, segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de comportamento – CID-10 (OMS, 1993) se classifica como sendo uma doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química.

Os transtornos mentais ainda podem ser classificados como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, ocupacional, social e familiar, cuja ocorrência é frequente na comunidade.

Esses transtornos provocam alto custo econômico e social; são considerados universais, porquanto atingem pessoas de todas as idades, causando incapacitações sérias e muitas vezes definitivas que aumentam a demanda nos serviços de saúde (LOPEZ et. al. 1994).

De início faz-se necessário realizar uma reflexão técnica sobre a saúde mental no Brasil, para que, desse modo, se tenha uma ideia mais ampla dessa problemática de saúde.

A loucura no Brasil tinha como base a regulamentação e a ordem social. Tinha como proposta a instalação de hospitais psiquiátricos brasileiros. No século XVI, as Santas Casas de Misericórdia foram as primeiras a serem instaladas no Brasil em 1539, na cidade de Olinda no Estado de Pernambuco.

A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil ocorreu no ano de 1852, o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, através do decreto nº 82 em 18 de junho de 1941 (RESENDE, 2014). Os portadores de transtornos mentais que ocupavam este hospital, em sua maioria eram pessoas vítimas de abandono e de condições precárias.

Em 1890, o Hospício Pedro II tornou-se o Hospital Nacional dos Alienados, essa Instituição é medicalizada e configurada como espaço de cura, transformando-se sua natureza assistencial e caritativa em científica, fato que

bem expressa o rompimento do estado com a Igreja e o papel investido pela ciência, mas continuavam super lotados e precários no tratamento. Segundo Amarante (2015, p.38):

[...] as instituições asilares já sofriam com a superlotação dos internos, fato que incentivou e expandiu a ideia de construção das Colônias com o objetivo de promover junto aos internos trabalhos voltados à agricultura e artesanato, estas estavam subordinadas à administração pública.

Desde o início das práticas asilares psiquiátricas no Brasil, percebe-se a natureza excludente, afastando o louco da zona urbana. O Hospício Pedro II foi construído na zona rural ocasionando um afastamento e distanciamento do louco ao convívio social, justificando que o louco precisava de tranquilidade para o seu tratamento ter êxito. Com a continuidade da superlotação do Hospício Pedro II e da Santa Casa de Misericórdia teve a necessidade de construção de Colônias que tinham como finalidade executar trabalhos de agricultura e agropecuária e atividades artesanais.

Por conseguinte havia muitas denúncias dessas colônias que tinham as mesmas características dos hospícios, a superlotação continuava, a falta de recursos para os tratamentos, os maus tratos permaneciam, então nas colônias continuavam havendo as exclusões dos portadores de transtornos mentais.

Nos anos de 1920, a assistência à Saúde Mental continuava suas ações filantrópicas para a população e os que podiam pagar tinham seus atendimentos médicos em seus domicílios privilegiando até sua qualidade. Na década de 1930 de acordo com Resende (2014) houve a descoberta do choque insulínico e do cardiazólico e da eletroconvulsoterapia, entretanto dá-se um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a tendência centralizadora da União.

Em 1934 sob a inspiração do movimento de higiene mental por intermédio do Decreto nº 24.559 de 3 de julho é promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos Portadores de Transtornos Mentais que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos.

Enquanto isso, na década de 40 com a construção de mais asilos e manicômios, conseqüentemente houve um aumento significativo de vagas, trazendo assim avanços na área da saúde mental. Nesta mesma década,

alternativas de práticas nos hospitais psiquiátricos foram implantadas no tratamento, tais como técnicas de pintura, esculturas e desenho para os portadores de transtornos mentais (RESENDE, 2014).

A assistência psiquiátrica é federalizada em 1944 (Decreto nº 7, de 18 de novembro), após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM, fato que se deu pelo Decreto nº 3.171, de 2 de abril de 1941, tal órgão é acompanhado pelo recém-criado Ministério da Saúde. Segundo Rosa (2011):

O Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM só alterará sua política em fins dos anos 50, quando a racionalização passa a orientar seu discurso, que estimula a atenção ambulatorial e os serviços comunitários. Paradoxalmente, esta reorientação permanece quase na sua totalidade no plano do discurso, pois, nas ações efetivas, o governo federal continua incentivando a construção de estruturas asilares.

Na década de 1950, surgiram descobertas de novas substâncias químicas. Assim, a farmacologia incentivou o seu consumo com a propaganda industrial e o uso de medicamentos para esses portadores de transtornos mentais, com isso esta foi uma década marcada pela efetivação da psiquiatria com o controle dos distúrbios mentais.

A partir de 1955, foi que as drogas psicotrópicas começaram a ser disponibilizadas no mercado, possibilitando, assim, as estruturas asilares prestarem uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais.

Na década de 1960 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A partir de então o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos da área privada, diante disso a doença mental se tornou lucro e aumentou-se os números de leitos e hospitais psiquiátricos, surgindo uma mercantilização dos serviços, ocasionando, dessa forma, a ampliação e as construções de práticas e estruturas asilares.

Para Rosa (2011, p.71):

A política social brasileira de um lado cria-se um sistema contributivo, aos trabalhadores inseridos formalmente no sistema produtivo considerados beneficiários, que pagam pela assistência que recebem e de outro, reforça-se a assistência social prestada aos excluídos, atendidos gratuitamente pelos órgãos públicos, na condição de assistidos e indigentes, o Estado revela cada vez mais sua face modernizadora e sua condição de agente mercantilizador da saúde.

De acordo com Rosa (2011, p.99):

Os hospitais psiquiátricos da rede privada contratada preponderam na assistência, em relação aos hospitais da rede pública, numa explícita dinamização da função produtiva da psiquiatria pelo fortalecimento do complexo médico-assistencial do setor privado e da indústria farmacêutica, que alimentou a “indústria da loucura”, sofrendo, então várias resistências e denúncias.

Com a expansão de ofertas de leitos foi reforçado o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, e com isso a política do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que tinha vinculações no setor privado, foi o principal obstáculo para a implantação de programas de Assistência Psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Rosa (2011, p.107) o Ministério da Saúde lançou em 1970 a Campanha Nacional de Saúde Mental (Decreto nº 60.252 de 21 de fevereiro de 1970) reforçando o discurso preventista. Ainda, nesse mesmo ano, foi extinto o Serviço Nacional de Doenças Mentais, substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão federal encarregado da normatização, avaliação e controle dos programas de saúde mental implementados no país, mantendo um discurso preventivista, guiado pela ambulatorização da assistência, com o objetivo de reduzir o número de internações psiquiátricas e os gastos do Estado no setor.

Os transtornos mentais foram subestimados por longo tempo, especialmente quando se refere à forma de analisar seu impacto na saúde. Geralmente, os índices de mortalidade eram a preocupação maior, desprezando-se, assim, o sofrimento do seu portador, que era relegado a um segundo plano.

Ainda de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), no estudo acima referido, entre as 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos TM, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool e outras drogas (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%).

Já segundo o relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2014) afirmam que os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Mesmo assim, mais de 40% dos países ainda precisam de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nesse sentido.

A maioria dos transtornos é tratável e evitável, segundo se sabe, reforçando a ideia de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, reduz-se significativamente o número de incapacidades resultantes desses transtornos. Um estudo promovido pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica – ICPE da OMS concluiu que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de TM na população adulta entre 15-59 anos, com índices elevados para os transtornos da ansiedade, transtornos do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Estudos do Ministério da Saúde indicam que 3% da população geral brasileira sofrem com TM graves e persistentes, 6% têm transtornos psiquiátricos graves em decorrência do uso de álcool e outras drogas e 12% precisam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2007).

### 3.2 Assistência do enfermeiro ao paciente com transtorno mental acompanhado pelos Centros de Atendimento Psicossocial

Os CAPS se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho. Os CAPS I oferecem atendimento a municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes (19% dos municípios brasileiros, onde residem aproximadamente 17% da população do país), tendo uma equipe mínima de 9 profissionais de nível médio e superior. O foco são usuários adultos com transtornos mentais graves e persistentes, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pode acompanhar por volta de 240 pessoas por mês, de segunda a sexta-feira, funcionando das 8 às 18 horas (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2018).

Os CAPS II oferecem atendimento a municípios com mais de 50.000 habitantes (equivalente a 10% dos municípios, onde residem aproximadamente 65% da população brasileira). O público-alvo são adultos com transtornos mentais persistentes. Opera com uma equipe mínima de doze profissionais, com nível médio e superior, tendo um suporte para acompanhar cerca de 360 indivíduos por mês, de segunda a sexta-feira, com horário de funcionamento das 8 às 18 horas –

pode oferecer um terceiro período, funcionando até as 21 horas (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2018).

Os CAPS III são caracterizados por serem os serviços de maior porte da rede. Com uma previsão de cobertura para municípios com população acima de 200.000 habitantes, que representam uma baixa parcela dos municípios do país, apenas 0,63%, entretanto, concentram cerca de 29% de toda a população do Brasil. Podem funcionar 24 horas, inclusive feriados e fins de semana. Os CAPS III trabalham com uma equipe mínima de 16 profissionais com instrução entre nível médio e superior, equipe noturna e de final de semana (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2018).

Este tipo de CAPS oferece acolhimento noturno, se necessário, realizando internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 ou 10 dias. Essa permanência e internações temporárias devem ser compreendidas como recurso terapêutico, que visa evitar as internações em hospitais psiquiátricos, promovendo uma atenção integral às pessoas que buscam o serviço do CAPS.

O CAPSi é um tipo de serviço especializado em atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e se operacionaliza em municípios com população acima de 200.000 habitantes. O funcionamento acontece de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, podendo também ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2018).

O trabalho é realizado com uma equipe mínima de 11 profissionais com instrução entre nível médio e superior, com capacidade média de realizar 180 acompanhamentos com crianças e adolescentes por mês.

Os CAPSad focam o atendimento a pessoas que utilizam o álcool de maneira prejudicial e outras drogas, em cidades com mais de 200.000 habitantes, ou aquelas que estejam nas fronteiras, ou, ainda, as que façam rota de tráfico de drogas e possuem relevantes cenários epistemológicos, que precisem deste tipo de serviço para responder de forma eficaz à demanda da saúde mental (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2018). É composta por uma equipe mínima de 13 profissionais, entre nível médio e superior, e pode realizar 240 atendimentos por mês, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas. Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS devem

receber uma refeição diária; os assistidos em dois períodos – oito horas, duas refeições diárias; e os que estão em acolhimento noturno nos CAPS III e permanecem durante 24 horas contínuas devem receber quatro refeições diárias. A frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês (BRASIL, 2004).

O maior problema que o Brasil enfrenta hoje é a desigualdade. É ela que promove um ataque direto a dignidade do ser humano, ao impedir que todas as pessoas tenham a possibilidade de acessar oportunidades, sobretudo de trabalho e de educação. As pessoas têm que passar a vida, muitas delas jovens e crianças, tendo que dialogar constantemente com o mundo da privação, da segregação, da exclusão, do preconceito. Isso tem impacto em termos não só na dimensão concreta, na materialidade da vida das pessoas, mas também psíquicas.

Dessa forma, para poder promover o equilíbrio, o poder público deve fornecer serviços essenciais à população, de forma gratuita como, por exemplo, acesso a médicos, exames e remédios. No caso dos transtornos mentais, é preciso criar mecanismos para permitir o tratamento e a qualidade de vida dessas pessoas, sempre considerando que o corpo e a mente estão interligados (VILLELA; SCATENA, 2018).

Os indivíduos que desenvolvem esses problemas também apresentam sintomas físicos. Por isso que os serviços especializados em saúde mental têm uma gama variada de profissionais. Para poder reconhecer os direitos desses usuários e garantir uma dignidade no atendimento, não serem taxados ou rotulados como pessoas incapazes ou que estão dissimulando uma situação. Além de poder dar acesso a essas pessoas que jamais vão poder bancar um atendimento clínico privado.

O próprio planejamento do Plano Terapêutico Singular precisa considerar a situação econômica do indivíduo que busca atendimento no CAPS, pois não adianta desenvolver um plano lindo e maravilhoso, mas na prática ele ser inviável. A pessoa não ter condições de pagar várias passagens para o deslocamento, por



exemplo. Ainda mais quando são crianças, que precisam de um acompanhante (VILLELA; SCATENA, 2018).

Observa-se, pela descrição, que o perfil populacional dos municípios é um dos principais marcadores para o planejamento das ações em saúde mental e para a implementação dos CAPS, no entanto, este critério deve ser considerado apenas como um orientador ou norteador para este planejamento, pois deve ser articulado com a gestão local e outras gestões do SUS, tendo maiores condições de definir os tipos de serviços que melhor respondam às demandas do seu município, com relação à atenção à saúde mental.

Peplau, Travelbee e Minzoni descrevem a práxis da Enfermagem Psiquiátrica baseadas no processo interpessoal, porém, preferiram nomenclaturas diferentes para tal processo. Peplau denominou-o de processo interpessoal de cunho terapêutico; Travelbee nomeou-o de relação de pessoa -a- pessoa e Minzoni preferiu a relação interpessoal terapêutica ou relação de ajuda. Essas relações interpessoais são permeadas pela relação enfermeiro-paciente, por meio do poder contratual, da possibilidade de troca e de crescimento.

O processo de busca que permeia a prática da Enfermagem Psiquiátrica “implica capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda”.

E aponta como requisito básico para essa prática a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Com isso, as atividades da Enfermagem devem estar acima da cientificidade técnica; portanto o enfermeiro deve usar a autoconscientização e a sua pessoa como meio para a relação positiva com o sujeito. Assim, o enfermeiro não deve resolver os problemas do sujeito, mas sim trabalhar com ele, buscando encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando seus conhecimentos e habilidades profissionais. As funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao portador de transtornos mental a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao portador de transtornos mental, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular

interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo (VILLELA, SCATENA; 2004).

O enfermeiro desenvolve cuidado ao portador de transtornos mental e familiares em proporções menores quando comparadas às administrativas. A interação acontece quando há um momento ou uma oportunidade, não faz parte do planejamento do cuidado. Na prática, o enfermeiro precisa assumir funções de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, porém, em sua maioria, o cuidado direto ao portador de transtornos mental é realizado pelo pessoal técnico e auxiliar. O exercício da consulta de enfermagem é garantido ao enfermeiro pela Lei do Exercício Profissional, mas a sua efetivação nos serviços de saúde consiste em um desafio, pela escassez de profissionais, ausência de espaço físico, carência de aperfeiçoamento e outros obstáculos para sua realização e, quando se trata da área da saúde mental, esta situação torna-se mais acentuada.

No CAPS, o enfermeiro integra a equipe interdisciplinar, e sua atuação é essencial para a implementação da Reforma Psiquiátrica, considerando que lhe é atribuído um papel bastante ativo nos serviços substitutivos, inovando a prática da enfermagem no campo da saúde mental (BRASIL, 2004). Desse modo, com a mudança do modelo assistencial, surge a preocupação com a formação profissional, a fim de garantir uma assistência eficaz e promover a saúde, sem perda da dignidade dos portadores de sofrimento mental. Todavia, na prática, isto pode significar não apenas apoio, mas, também, resistência por parte dos profissionais, seja por desejarem manter concepções e práticas tradicionais, seja por não saberem como pautar a sua atuação dentro dos novos paradigmas.

O objetivo da enfermagem nos centros de atenção psicossocial deve ser a promoção de ações terapêuticas voltadas para identificar e auxiliar na recuperação do portador de transtornos mental em sofrimento psíquico, visando à reabilitação de suas capacidades físicas e mentais, respeitando suas limitações e os seus direitos de cidadania.

A enfermagem tem que se permitir uma nova proposta, o portador de transtornos mental em sofrimento psíquico apresenta-se ansioso, inseguro de seu

destino, desconfortável emocionalmente e com uma vivência na maioria das vezes permeada de solidão e desamparo, acompanhado por tratamentos invasivos, agressivos e até mesmo dolorosos. O profissional deve estar aberto e disponível a essas situações novas, exigindo a criação de um novo modo de agir e pensar.

Não há um modelo pronto de atendimento a ser seguido pelo profissional de saúde, cabe ao enfermeiro ser criativo e estar disposto a ajudar o portador de transtornos mental, além de procurar se aprimorar e se qualificar a respeito nesse âmbito. É de suma importância ressaltar que o trabalho do enfermeiro não consiste apenas em realizar práticas e procedimentos, mas proteger, promover e preservar a qualidade de vida dos seus portadores de transtornos mentais (ALMEIDA, 2009).

Num cenário crescente de portadores de transtornos mentais no Brasil, inclusive em virtude do consumo de drogas ilícitas, cresce a responsabilidade do enfermeiro na atuação dos centros de atendimento a esses tipos de portadores de transtornos mentais. Assim, a atuação do enfermeiro é de extrema importância para a saúde mental. Tendo em vista que além da patologia que os levam a procurar atendimento, percebe-se que devido a atenção prestada pelo enfermeiro através de uma boa conversa, este fator já é de grande importância para que o portador de transtornos mental obtenha sucesso em seu tratamento.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora reconheçamos que na mudança de paradigma - asilar para o psicossocial - surjam dificuldades e limites para a organização de um cuidado que respeite a subjetividade dos sujeitos e corresponda às suas necessidades, consideramos que a Reforma Psiquiátrica e o modo psicossocial trouxeram a possibilidade dos enfermeiros redimensionarem sua função mediante a resignificação de atividades já desempenhadas no modo asilar e da organização de novas atividades, contribuindo para a especificidade da prática do enfermeiro no contexto dos serviços substitutivos.

Assim, na análise do trabalho que os enfermeiros estão desenvolvendo, podemos perceber que o olhar desses profissionais está se ampliando no sentido

de compreender os fatores individuais e coletivos e suas inter-relações com as questões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas e biológicas, visando à possibilidade de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos em sofrimento psíquico e a de seus familiares.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Loucos **pela vida**: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015.

BORBA, C.; MELO, James. **Centros de Atenção Psicossocial oferecem atendimento para diversos tipos de aflições mentais**: Modelo propõe aos portadores de transtornos mentais atividades que permitam a interação social e a busca por autonomia. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/18/centros-de-atencao-psicossocial-oferecem-atendimento-para-diversos-tipos-de-aflicoes-mentais/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Ano II, n. 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2004). *Portaria nº 106*. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília (DF).

BRUSAMARELLO, T. et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao portador de transtornos mental internado em hospital psiquiátrico cuidado de enfermagem em saúde mental ao portador de transtornos mental internado em hospital psiquiátrico. *Cogitare Enferm* 2009 Jan/Mar; 14(1):79-84

LOPEZ, AD, Murray CC. *The global burden of disease*, 1990-2020. *Nat Med*. 1994.

JUNG, C. F. **Metodologia Científica**: ênfase em Pesquisa Tecnológica. 2004.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem**. Florianópolis. *Texto Contexto Enferm*. v. 17, n. 4, p. 758-64, out-dez, 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 2014.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. Tipos de atendimento em CAPS. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/psicologia/tipos-de-atendimento-em-caps/42432>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

REZENDE, H. **Política de Saúde Mental no Brasil**: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A..COSTA, N.R. (org.). **Cidadania e Loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 8ª Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 2ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILLELA, S. de C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem [en linea]** 2004,

**DIREITO DE ACOMPANHAMENTO AO PARTO: REFLEXÃO A LUZ DA  
LITERATURA**  
**RIGHT OF ACCOMPANYING THE BIRTH: REFLECTION IN THE LIGHT OF THE  
LITERATURE**

Edvania Maria De Sousa Lacerda<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg V. Rosenstock<sup>2</sup>  
Jancelice dos Santana<sup>3</sup>  
Ana Lúcia de Medeiros<sup>3</sup>

**RESUMO**

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase extremamente especial na vida da mulher e é marcado por sentimentos profundos, que envolve principalmente a criação de vínculo entre a tríade mãe-bebê e família. A lei 11.108 de 7 de abril de 2005 foi promulgada para garantir o direito à gestante de ter um acompanhante de sua escolha no processo de parturição. O objetivo desta pesquisa é realizar uma revisão bibliográfica sobre a Lei do Acompanhamento ao Parto nº 11.108/2005, descrevendo os benefícios desta para a gestante/família, assim como as dificuldades para sua efetivação. Trata-se de um estudo bibliográfico de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa. Buscou-se evidências no período de abril e maio de 2018. A amostra estudada foi composta por dezenove artigos, além da legislação brasileira vigente referente ao acompanhamento durante o processo do parto. A literatura tem revelado que ter a presença de alguém do lado neste momento significativo proporciona inúmeros benefícios para o pleno fluir da fisiologia do parto, uma vez que as parturientes sentem-se mais seguras, tranquilas, tem menos ansiedade e sentem menos dor durante o trabalho de parto. Porém, existe inúmeras dificuldades para que esta Lei seja efetivada, como a resistência dos profissionais de saúde e a falta de preparo físico e psicológico dos próprios acompanhantes. Evidencia-se, portanto, que para mudar a prática em relação ao nascimento é preciso humanizar a assistência desde o pré-natal criando espaços para inserir os acompanhantes na assistência fazendo que os mesmos compreendam sua verdadeira função durante todo o processo parturitivo.

**Palavras-chave:** Gestante. Parto. Lei do Acompanhante.

**ABSTRACT**

The pregnancy-puerperal cycle is an extremely special phase in the life of the woman and is marked by deep feelings, which mainly involves creating a bond between the

---

<sup>39</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba- IESP. Email:

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: karellineivr@gmail.com. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

mother-baby triad and family. Law 11,108 of April 7, 2005 was promulgated to guarantee the right of the pregnant woman to have a companion of her choice in the parturition process. The objective of this research is to carry out a bibliographical review on the Law of Follow-up to Childbirth nº 11.108 / 2005, describing the benefits of this to the pregnant woman / family, as well as the difficulties to its effectiveness. This is a bibliographic study of an exploratory-descriptive nature from the perspective of a qualitative approach. Evidence was sought in the period of April and May of 2018. The sample studied was composed of nineteen articles, in addition to the current Brazilian legislation regarding follow-up during the labor process. Literature has revealed that having the presence of someone on the side at this significant time provides innumerable benefits to the full flow of the physiology of childbirth, since the parturients feel safer, quiet, less anxious and feel less pain at work of childbirth. However, there are numerous difficulties for this Law to take effect, such as the resistance of health professionals and the lack of physical and psychological preparation of the companions themselves. It is evident, therefore, that in order to change the practice in relation to the birth, it is necessary to humanize the assistance from the prenatal period creating spaces to insert the accompanying ones in the assistance making them understand their true function throughout the parturitive process.

**Keywords:** Pregnant. Childbirth. Accompanying Law.

## 1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é uma fase extremamente especial na vida da mulher. É um processo delicado marcado por modificações biopsicossociais, que circunda não apenas a mulher, mas toda a família. A vivência da gestação e do parto, pode apresenta-se de forma positiva e enriquecedora para a conceptora, mas, pode trazer, por outro lado, experiências negativas, diante de um processo constrangedor e traumático, no entanto para que isso não ocorra é necessária uma atenção qualificada e especializadas a fim de proporcionar um ambiente seguro durante este ciclo (PIESZAK et al., 2015; AIRES et al., 2015).

Nesse sentido, a mulher necessita de apoio e de um acompanhamento eficaz e humanizado durante toda a gestação, especialmente, no trabalho de parto e nascimento, para que as dificuldades sejam encaradas e resolvidas da melhor forma possível evitando que a gestação se torne uma situação de risco para o binômio mãe/feto (FERREIRA et al., 2013).

O período do nascimento, é um dos momentos mais marcantes na vida da mulher e de todos que estão envolvidos neste ensejo, diante das expectativas e

sentimentos que estão presentes, visto que é a chega de um novo membro para a família (DODOU et al., 2014).

A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo do tempo. Inicialmente, o parto era um processo totalmente familiar, que acontecia de maneira fisiológica, no domicílio da parturiente, esta era acompanhada pela família e cuidada pelas parteiras, curandeiras ou comadres que detinha de conhecimento técnico a partir das próprias experiências e assim prestavam assistência ao parto, além de fornecer apoio físico e emocional (MALHEIROS et al., 2012; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o parto que tinha seu desenvolvimento no ambiente familiar perde espaço e ocupa uma esfera pública, institucionalizada, tecnocrática e consequentemente medicalizada, deixando a mulher de ser sujeito da ação tornando-a submissa aos procedimentos e intervenções desnecessárias (SOUSA et al., 2016; LEISTER, 2011).

Diante dessas realidades citadas anteriormente, o cenário relacionado ao ciclo gravídico-puerperal começou a ser modificado em decorrência da insatisfação das mulheres diante da falta de respeito da assistência durante um processo enriquecedor (PIO; OLIVEIRA, 2014). No ano de 2000, ocorreu acriação e implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de garantir a integralidade da assistência obstétrica durante o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério e assegurar os direitos da mulher sobre este processo (ANTUNES et al., 2014). Com isso, começa a surgir inúmeras leis estaduais a fim de proteger a humanização do parto e estimular a presença do acompanhante neste evento.

Como resultado de uma ampla mobilização política foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente da República a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a Lei nº 8.080/1990, a fim de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a referida Lei, os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o



período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente (BRASIL, 2005).

Desta maneira, a literatura tem revelado que ter a presença de alguém do lado neste momento significativo proporciona inúmeros benefícios para o pleno fluir da fisiologia do parto, uma vez que as parturientes sentem-se mais seguras, tranquilas, tem menos ansiedade e sentem menos dor durante o trabalho de parto, sendo primordiais para favorecer a evolução do trabalho de parto e a assistência prestada ao processo (PEREIRA, 2016). É nesse sentido que as instituições hospitalares deveriam garantir o cumprimento da Lei nº 11.108/2005 que assegura a presença do acompanhante, de escolha da mulher, durante todo o processo do nascimento de seu filho (PERDOMINI; BONILHA, 2011).

Estudos tem evidenciado que a realidade das instituições hospitalares públicas não coincide com o que está sendo preconizado pelo MS e declarado por Lei. Múltiplas dificuldades vêm sendo lançadas em oferecer um ambiente propício para garantir a presença do acompanhante, devido a fatores relacionados a resistência dos profissionais da saúde, principalmente da área médica; a inadequada estrutura física dos serviços e, principalmente, a falta de preparo emocional e psicológico dos próprios acompanhantes (BRÜGGEMANN et al., 2015; COUTINHO; CRUZ; PINHEIRO, 2016).

Foi observado por Francisco et al. (2015) que muitos pais desconhecem o direito legal que lhes é atribuído de participar do parto de seu filho, impedindo que os mesmos possam se preparar emocional e psicologicamente para esse momento. Essa informação se perde e, muitas vezes, não é devidamente divulgada para as gestantes e seus possíveis acompanhantes.

A proposta de humanizar a assistência durante o parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma transformação nas práticas de atendimento, considerando os direitos das mulheres em exercer uma maternidade segura e prazerosa, cercada também pela presença de um familiar. A humanização do parto, entre tantos fatores, refere-se ao respeito, diante dos aspectos fisiológicos, sociais e culturais do parto, e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica de segurança, eficácia e participação, enquanto sujeito da ação, e não apenas na conveniência de instituições ou dos

profissionais da área da saúde, facilitando os laços afetivos entre a família e o vínculo mãe-bebê (MOREIRA et al., 2015).

É de suma importância que para garantir a amplitude e singularidade do parto, este seja vivenciado de forma enriquecedora e contemplativa. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, e criar vínculos são requisitos indispensáveis no cuidado. E para tal, a presença do acompanhante é essencial. Diante do exposto este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre a Lei do Acompanhamento ao Parto nº 11.108/2005, descrevendo os benefícios desta para a gestante/família, assim como as dificuldades para sua efetivação.

## **2METODOLOGIA DA PESQUISA**

Trata-se de um estudo bibliográfico de natureza exploratório-descritiva sob a perspectiva de uma abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o pesquisador na análise de suas pesquisas ou na exploração de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica (MANCINI; SAMPAIO, 2016).

O autor supracitado, afirma que a pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa, com a finalidade de desenvolver, esclarecer ou modificar conceitos e ideias de temas pouco explorados, proporcionando uma visão geral, para aproximar o pesquisador e por conseguinte formular problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores.

Na pesquisa descritiva as características e fatos são observados, registrados, analisados, e interpretados, sem a interferência do pesquisador, pois o mesmo deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece (ANDRADE, 2010).

Nesta perspectiva, o estudo exploratório-descritivo está intimamente ligado, dentro do qual o pesquisador aproxima-se do tema pesquisado e em seguida analisa e interpreta os dados colhido.

No que tange a pesquisa qualitativa é percebida como um ato subjetivo de construção, ou seja, estimula o entrevistado a pensar e a se expressar livremente sobre o assunto em questão, e assim o pesquisador levando em conta aspectos tidos como relevantes sem necessitar de isolamento de variáveis.

A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de estudos organizados e ordenados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Na realização desta pesquisa foi utilizada uma sequência de etapas relacionadas entre si:

- 1) Identificação da questão norteadora: Quais os paradigmas para a efetivação do direito de acompanhamento ao parto?

- 2) Seleção e consulta dos descritores: Gestante, Parto, Lei do Acompanhante.

- 3) Pesquisa nas bases de dados dos descritores isolados e cruzamento de todos os descritores nas bases de dados utilizando o cruzador booleano AND: foram selecionadas as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados em Enfermagem (BDENF). A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2018.

- 4) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos estudos disponíveis em texto completo nas bases de dados indexadas selecionadas e que apresentem a temática abordada; estudos publicados na língua vernácula, no período de 2010 a 2018. Foram excluídos aqueles que se apresentavam indisponíveis para leitura, incompletos, downloads mediante pagamento e que não mantiveram relação com a temática central.

- 5) Avaliação dos arquivos incluídos: além da utilização de artigos, esta pesquisa baseia-se na legislação brasileira vigente e demais publicações referentes ao direito de acompanhamento ao parto. Procedeu-se previamente a busca por produções científicas acerca desta temática nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os dados coletados na pesquisa foram os

seguintes: Parto 234.054 artigos; Gestante 15.665 artigos; Lei do Acompanhante 37 artigos; Parto AND Gestante 3.530 artigos; Parto AND Lei do acompanhante 28 artigos; Gestante AND Lei do acompanhante 4 artigos; e por fim Parto AND Gestante AND Lei do acompanhante 3 artigos. Após filtrar de acordo com os critérios de inclusão acima dispostos, os dados encontrados foram: Parto 2.822 artigos; Gestante 848 artigos; Lei do Acompanhante 20 artigos; Parto AND Gestante 291 artigos; Parto AND Lei do acompanhante 13 artigos; Gestante AND Lei do acompanhante 2 artigos; e por último Parto AND Gestante AND Lei do acompanhante 3 artigos. Por fim, foram selecionados dezenove (19) artigos para esta revisão bibliográfica.

6) Interpretação dos Resultados: Para organização das informações foi construído pelos pesquisadores do estudo um instrumento para condensação dos achados do levantamento bibliográfico. O instrumento é composto por cinco frações objetivando a descrição dos artigos filtrados, a saber: referência do estudo, objetivos, principais resultados, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor.

7) Apresentação da revisão dos artigos: concluídas as etapas de leitura e análise dos textos selecionados, surgiram duas unidades temáticas:

- Assistência Humanizada ao Parto;

- Direito de Acompanhamento ao Parto e Lei do Acompanhante (Lei Nº 11.108 de 7 de abril de 2005).

### **3 RESULTADOS**

#### **3.1 Assistência Humanizada ao Parto**

A necessidade de humanizar o parto surgiu desde os primórdios quando a mulher era desapropriada de exercer seu protagonismo no momento do parto. Diante disso, nas últimas décadas, a temática da humanização do parto e nascimento vem ocupando espaços sociais e políticos, principalmente, por meio da mobilização social provocada pelo movimento feminista aliada aos profissionais da saúde do movimento sanitarista que lutaram pelos direitos sexuais e reprodutivos da mulher que até então, não existiam, e desse modo, foram colaborando para o

surgimento de políticas e programas voltados para humanização do parto e do nascimento (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

O termo humanização do parto apresenta um significado amplo e que envolve uma associação de conhecimentos, práticas e atitudes envolvidos no intuito de uma possibilidade de transformação cultural e das práticas desenvolvidas nas Instituições de saúde, a qual deve colocar a mulher no centro e no controle de suas ações, sendo o sujeito e não o objeto do processo parturitivo fazendo a mulher participar intimamente e ativamente das decisões sobre seu próprio cuidado (PEREIRA et al., 2016).

De acordo com Pereira (2016) e Moreira et al. (2015) a humanização do parto, entre tantos aspectos, refere-se a forma de desempenho do profissional frente a assistência prestada a mulher e a família em todo o ciclo gravídico-puerperal, com ênfase no processo do parto e nascimento, dentro do qual deve ser respeitado os aspectos fisiológicos e socioculturais, proporcionando suporte efetivo e facilitando a construção dos laços afetivos neste momento único e especial. Desta forma, a humanização da assistência ao parto, de acordo com a OMS visa a promoção de um período gravídico-puerperal saudáveis e prevenção da mortalidade materna e perinatal, respeitando a fisiologia do parto e evitando procedimentos e intervenções desnecessárias.

Todavia, o modelo de assistência obstétrica, que ainda predomina no Brasil é o modelo assistencial médico-intervencionista, cercada por uma rotina de acolhimento inadequado, negligenciamento dos direitos da mulher e intervenções indevidas, contribuindo para um péssimo desfecho do parto (CAMACHO; PROGIANTI, 2013). Entretanto, um grande número de instituições de saúde apresenta dificuldades de organização institucional e de estrutura física, além de rotinas das ações hospitalares e, sobretudo, a resistência dos profissionais de saúde, principalmente da área médica, em aceitar a presença do acompanhante e, conseqüentemente, oferecem resistências e barreiras que, associadamente, inviabiliza a implantação do modelo humanizado na assistência ao parto/nascimento (MENEZES; DIAS, 2012).

A proposta de humanizar a assistência durante o parto caracteriza-se por apresentar/implementar uma transformação nas práticas de atendimento,

considerando os direitos das mulheres em exercer uma maternidade segura e prazerosa, cerceada também pela presença de um familiar (MOREIRA et al., 2015).

É de extrema importância garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, e criar vínculo são requisitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprova benefícios, redução de medidas intervencionistas, privacidade, autonomia e respeito à parturiente ao ser admitida em trabalho de parto, pois, em geral, a mulher é afastada dos familiares e submetida a procedimentos cujos resultados às vezes não são os melhores (VEZO; CORONEL; ROSARIO, 2013).

Logo, algumas modificações dentro da estrutura hospitalar e das práticas de cuidado humanizado são necessárias para a efetivação da humanização do parto e nascimento, adotando medidas simples que valorize a mulher em sua subjetividade fazendo-a desfrutar desse momento de prazer e de total alegria. Medidas estas que priorizem fundamentalmente a privacidade da parturiente, a presença do acompanhante, espaço para deambulação, massagens relaxantes e entre outras devem ser fortemente incentivadas durante todo o processo (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015; MENEZES; DIAS, 2012).

A Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) foi criada em 1993, com o objetivo de resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural, com profundas e amplas repercussões pessoais, revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento e aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao período em questão. Desta maneira, respalda a mulher para ser participante ativa das decisões, escolher a posição do parto, utilizar a água morna como mecanismo não farmacológico de alívio da dor, caminhar segundo a sua necessidade, contribuindo com a posicionamento vertical para facilitar a dinâmica da rotação e da descida do bebê, ser massageada se desejar, fazer exercícios e ser assistida por alguém treinado para oferecer as orientações que se fizerem necessárias, como exercícios respiratórios incentivo à deambulação, entre outras medidas que conjuntamente constituem práticas que devem ser cada vez mais incentivadas nos serviços de saúde (PEREIRA, 2016).

No Brasil, no ano 2000, a REHUNA, inspirada nas evidências científicas para o estímulo à humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido como também pelos benefícios e direito da parturiente em ter um acompanhante de sua escolha no parto, lançou a campanha nacional em prol do respeito ao direito da presença do acompanhante no período de parto e nascimento. Essa campanha foi apoiada por órgãos como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, a Associação Brasileira de Obstetrícia e Enfermeiras Obstetras e a União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo (MOREIRA et al., 2015).

Como resultado dessas mobilizações, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo atual Presidente da República Federativa do Brasil a Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que permite a presença do acompanhante para a mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS. Com tal regulamentação, a parturiente passou a ter o direito de escolher um acompanhante, que pode ser o companheiro, um(a) familiar ou um(a) amigo(a), para estar presente durante o parto e no pós-parto, em âmbito nacional (BRASIL, 2005).

### **3.2 Direito de Acompanhamento ao Parto e Lei do Acompanhante (Lei Nº 11.108 de 7 de abril de 2005)**

Direito é um fenômeno de regulação social, disposto por meio de normas e condutas para a sociedade (DPLP, 2008-2013). Esses são de enorme importância para o corpo social, sendo elaborado a partir do que é mais adequado e que compreenda fundamentalmente o interesse da coletividade.

O direito de acompanhamento ao parto era algo que vinha sendo notado desde o século passado, mesmo não sendo assegurado por Lei. Esse reportava-se, de acordo com Jardim (2017), ao fato de até meados do século XX, o parto ser um processo totalmente familiar, que acontecia de maneira fisiológica, no domicílio da parturiente, sendo a mesma acompanhada pela família e cuidada pelas parteiras.

No Brasil, as parteiras continuaram prestando assistência ao parto durante todo o século XIX. Todavia, no início do século XX, com o propósito de reduzir as

altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, começaram a fazer uso do avanço da medicina para assegurar um bom desfecho para o parto e nascimento. E, assim, perdia-se o calor humano e o apoio emocional dos familiares, fatores extremamente significativo nesse momento (SOUSA et al., 2016; LEISTER, 2011).

Assim, compreende-se que, embora os profissionais estejam presentes durante o nascimento, nada se equipara a ter ao seu lado algum familiar ou qualquer outra pessoa em quem se confia, visto que, essa experiência pode contribuir para atenuar a tensão inicial vivenciada pela parturiente ao adentrar em um ambiente estranho com pessoas desconhecidas (CARVALHO et al., 2013).

Diante dessa realidade, vários movimentos foram sendo desenvolvidos e como resultado da ampla mobilização política foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo então Presidente da República a Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a Lei N° 8.080/1990, a fim de garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a referida Lei, os serviços do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Este acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente (BRASIL, 2005).

De acordo com Dodou et al. (2014), o parto e o nascimento são momentos marcantes cercado por profundos sentimentos que funcionam estimulando a formação de vínculo, constituindo um indício das transformações em curso nas construções de gênero e de família. Desse modo, a presença de um acompanhante é uma pratica que foi incorporada à humanização do parto, por ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito a preservação e garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, oferecendo um completo bem estar físico e emocional.

Alguns estudos têm evidenciado que a realidade das instituições hospitalares públicas não coincide com o que está sendo preconizado pelo MS e declarado por Lei. Múltiplas dificuldades vêm sendo lançadas em oferecer um ambiente propício para garantir a presença do acompanhante, devido a fatores relacionados a resistência dos profissionais da saúde, principalmente da área médica; a inadequada



estrutura física dos serviços e, principalmente, a falta de preparo emocional e psicológico dos próprios acompanhantes (BRÜGGEMANN et al., 2015; COUTINHO; CRUZ; PINHEIRO, 2016).

Desta maneira, a literatura tem revelado que ter a presença de alguém do lado neste momento significativo proporciona inúmeros benefícios para o pleno fluir da fisiologia do parto, uma vez que as parturientes sentem-se mais seguras, tranquilas, tem menos ansiedade e sentem menos dor durante o trabalho de parto, sendo primordiais para favorecer a evolução do trabalho de parto e a assistência prestada ao processo (PEREIRA, 2016). É nesse sentido que as instituições hospitalares deveriam garantir o cumprimento da Lei Nº 11.108/2005 que assegura a presença do acompanhante, de escolha da mulher, durante todo o processo do nascimento de seu filho (PERDOMINI; BONILHA, 2011). O Quadro 1 a seguir, aponta os benefícios da Lei do acompanhamento ao parto para a gestante/família e as principais dificuldades para sua efetivação.

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Benefícios da Lei para gestante/família</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bem estar físico e emocional;</li> <li>✓ Tranquilidade;</li> <li>✓ Segurança;</li> <li>✓ Diminuição da ansiedade;</li> <li>✓ Diminuição da dor do parto;</li> <li>✓ Maior vínculo familiar.</li> </ul> |
| <b>Dificuldades para efetivação da Lei</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resistência dos profissionais da saúde;</li> <li>✓ Inadequada estrutura física dos serviços;</li> <li>✓ Falta de preparo emocional e psicológico dos próprios acompanhantes.</li> </ul>                |

Fonte: Elaborado a partir de Pereira, 2016; Brüggemann et al., 2015; Coutinho; Cruz; Pinheiro, 2016.

**Quadro 1** – Benefícios da Lei do acompanhamento ao parto para a gestante/família e as principais dificuldades para sua efetivação.

Pereira (2016), afirma que a implementação da Lei do acompanhante (Nº 11.108/2005), não depende apenas da legislação e de prerrogativas institucionalizadas, depende também da atuação dos profissionais de saúde, principalmente no que tange a formação acadêmica dos mesmo, pois ela constitui a peça chave para a disseminação da humanização nesta assistência.

Ainda, de acordo com o autor supracitado e com Santos, Melo e Cruz (2015), o enfermeiro, é o principal profissional da saúde, que tem a responsabilidade de empoderar a mulher e sua família, durante as consultas de pré-natal, sobre existência dos direitos que a mesma tem, entre eles a existência da Lei do Acompanhante, por ser ele que estar mais próximo da população nas UBSF's favorecendo a inclusão da família durante todo o processo gravídico-puerperal.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A assistência humanizada à saúde e a atenção adequada à mulher no parto representa um ponto indispensável para garantir o exercício seguro da maternidade. A gestante quando colocada como protagonista deve estar cercada por uma equipe competente. Ademais, diante das diversas mobilizações para a criação de políticas que defendessem a mulher durante o ciclo-gravídico-puerperal, foi criada a Lei N° 11.108, de 7 de abril de 2005, que permite a presença de um acompanhante, de livre escolha da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A presença de alguém do lado neste momento significativo proporciona inúmeros benefícios para o pleno fluir da fisiologia do parto, uma vez que as parturientes sentem-se mais seguras, tranquilas, tem menos ansiedade e sentem menos dor durante o trabalho de parto, sendo primordiais para favorecer a evolução do trabalho de parto.

Contudo, embora tenha decorrido mais de 10 anos da promulgação da referida Lei, ela não está sendo devidamente cumprida, visto que as informações se perdem e, muitas vezes, não é adequadamente divulgada para as gestantes e seus possíveis acompanhantes, além da resistência dos profissionais da saúde; a inadequada estrutura física dos serviços e, principalmente, a falta de preparo emocional e psicológico dos próprios acompanhantes.

Ao refletir sobre os achados, evidencia-se que para mudar a prática em relação ao nascimento é preciso humanizar a assistência desde o pré-natal. Porém, essa transformação deve começar pelos profissionais de saúde, sendo evidente a

necessidade de sensibilizá-los para que possam oferecer maiores informações às parturientes e seus familiares sobre seus direitos.

Recomenda-se que durante as consultas de pré-natal seja criado um espaço para promover ações educativas de maneira interativa e dinâmica, com a finalidade de proporcionar as gestantes um melhor conhecimento e aprendizado relacionados ao processo de gestar e parir. Ressalta-se, ainda, a necessidade de inserir os acompanhantes na assistência desde o pré-natal, para que os mesmos compreendam sua verdadeira função.

## REFERÊNCIAS

AIRES, N. T. et al. Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p.263-270, jul. 2015.

ANTUNES, J. T. et al. Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Minas Gerais, v. 4, n. 3, p.536-545, jul. 2014.

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005

BRÜGGEMANN, O. M. et al. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. , p.152-158, fev. 2015.

CAMACHO, K. G.; PROGIANTI, A. M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.648-655, jul. 2013.

CARVALHO, I. S. et al. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. **J Health Sci Inst**,[S/I], v. 31, n. 2, p. 166-171, 2013.

COUTINHO, C. A; CRUZ, A. C.; PINHEIRO, R. O papel do acompanhante no parto: Uma revisão integrativa. In: EVENTO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA, 11, 2016, Curitiba. **ANais DO XI EVINCI**. Curitiba:Centro Universitário Autônomo do Brasil, 2016. p. 1.

DODOU, H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.1414-1424, abr. 2014.

FERREIRA, L. et al. Expectativa das gestantes em relação ao parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.3692-3697, abr. 2013.

FRANCISCO, B. S. et al. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p.567-575, jul. 2015.

JARDIM, M. J. A. **Empoderamento feminino**: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante. 2017. 113f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Luís.

LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial aoParto**: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. 174f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.329-337, jun. 2012.

MANCINI, M. C.; SAMPAIO, R. F. Quando o objeto de estudo é a literatura: estudos de revisão. **Rev. bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 4, out. 2016.

MENEZES, M. G. B; DIAS, D. F. S. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. **Synthesis Revista Digital Fapam**, Pará de Minas, v. 1, n. 3, p.24-36, abr. 2012.

MOREIRA, A. P. A. et al. Preparo paterno para serem acompanhantes no trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.3-8, abr. 2015.

PERDOMINI, F. R. I; BONILHA, A. L. L. de. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 52 – 445, 2011.

PEREIRA, B. M. **A percepção das puérperas quanto a importância da presença do acompanhante na sala de parto**. 2016. 87f. Monografia (Conclusão do curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura) - Universidade Federal Fluminense, Niterói.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 3, p.199-213, set. 2016.

PIESZAK, G. M. et al. Percepção da equipe de enfermagem quanto à dor da parturiente: perspectivas para o cuidado. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Santiago, v. 16, n. 6, p.881-889, dez. 2015.

PIO, D. A. M.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.313-324, set. 2014.

SANTOS, R. A. A.; MELO, M. C. P.; CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Caderno de Cultura e Ciência**, [s/l], v. 13, n. 2, p.76-89, mar. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/838>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.324-331, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2018.

VEZO, G. M. S; CORONEL, L. M; ROSARIO, M. S. O. do. **Assistência Humanizada de Enfermagem no Trabalho de Parto**. 2013. 89f. Dissertação (Graduação). Escola Superior de Saúde, Universidade do Mindelo, Mindelo, 2013.

# DIFICULDADES DA ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## DIFFICULTIES OF NURSING IN EMERGENCY AND URGENT HOSPITAL SERVICES

Maria do Socorro da Silva Marcelino<sup>1</sup>

Karelline Izaltemberg V. Rosenstock<sup>2</sup>

Wesley Dantas de Assis<sup>3</sup>

Emmanuela Costa de Medeiros<sup>3</sup>

### RESUMO

Define-se urgência como uma ocorrência repentina de agravo à saúde com ou sem risco possível de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que provoquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto tratamento médico imediato. O objetivo do estudo é verificar na literatura a atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência hospitalares. Estudo tipo bibliográfico descritivo em que na fundamentação teórica foram utilizados livros, diversos artigos e textos de autores renomados, por meio de uma pesquisa bibliográfica. Entende-se, portanto, que esses departamentos necessitam dar respostas rápidas, devendo ter uma equipe qualificada, que tenha facilidade de comunicação e capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves.

**Palavras chaves:** Enfermagem. Estresse. Urgência. Emergência.

### ABSTRACT

Emergency is defined as a sudden occurrence of health impairment with or without possible risk of death, the patient requiring immediate medical assistance. The emergency is the medical confirmation of health conditions that cause an imminent risk of death or intense suffering, requiring immediate medical treatment. The objective of the study is to verify in the literature the performance of the nurse in the emergency and emergency hospital services. A descriptive bibliographical study that has theoretical foundation will be used books, several articles and texts of renowned authors, through a bibliographical research. It is understood, therefore, that these departments need to give quick answers, having a qualified team, that has facility of communication and the ability to make assertive decisions, since it will provide nursing of more technical complexity to serious patients.

---

<sup>1</sup>Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.  
Email: [dosocorro1969@hotmail.com](mailto:dosocorro1969@hotmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: [karellineivr@gmail.com](mailto:karellineivr@gmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

**Key words:** Nursing. Stress. Urgency. Emergency.

## **1 INTRODUÇÃO**

A organização do trabalho hospitalar é muito influenciada pelas características próprias dos serviços de urgência e emergência. Bueno e Bernardes (2018) definem urgência como uma ocorrência repentina de agravo à saúde com ou sem risco possível de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que provoque risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto tratamento médico imediato. Ambos os serviços são a porta de entrada de um hospital, recursos céleres para o acesso à população.

Entende-se, portanto, que esses departamentos necessitam dar respostas rápidas, devendo ter uma equipe qualificada, que tenha facilidade de comunicação e capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irá prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves. Em todos os níveis de atenção, a Enfermagem desempenha um papel fundamental como integrante da equipe que presta atendimento de urgência, tanto no cuidado direto ao paciente, no gerenciamento do local e de toda sua equipe, como na educação permanente. Os enfermeiros que atuam nos serviços de urgência e emergência são responsáveis tanto pela gerência do cuidado, que envolve o gerenciamento de recursos e a coordenação e articulação do trabalho da equipe de enfermagem, além da intermediação entre a família e a equipe de atendimento (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

Compete a estes profissionais buscar meios para garantir a disponibilidade e qualidade de recursos materiais e de infraestrutura que permitam à equipe atuar no atendimento a essas situações. Isto significa dizer que requer do gestor um gerenciamento com experiência, envolvimento, habilidades e planejamento, uma vez que o serviço deve buscar o equilíbrio através do desenvolvimento e habilidades com mecanismos gerenciais que permitam a utilização dos poucos recursos disponíveis com máximo de eficiência, eficácia e efetividade possíveis (ALEXANDRE et al., 2016).

Diversos serviços de atendimento hospitalar, públicos e privados, surgiram após o reconhecimento da efetividade da assistência precoce às pessoas em situação de emergência. No entanto, a oferta restrita de serviços faz com que o público excedente procure atendimento em locais que concentrem maior possibilidade de portas de entrada, sendo que os pronto-atendimentos e as emergências hospitalares correspondem ao perfil de atender às demandas de forma mais ágil e concentrada (PEREIRA et al., 2013).

A unidade de emergência é um setor hospitalar que apresenta atendimento multiprofissional com especialistas habilitados para atender pacientes em estado grave. Logo, essa unidade torna-se uma porta de entrada para os casos que, a depender de sua complexidade, passa a ser distribuída entre os setores que irão melhor assistir os casos (DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

Tais causas persistem como razões de incapacitação física, seja permanente ou temporária, gerando enormes perdas econômicas, previdenciárias e amplos dispêndios em tratamentos de complicações na saúde dos pacientes. Ratificando o que foi citado anteriormente, isso pode ser evitado uma vez que muitos casos de complicações ocorrem em função de atendimentos desapropriados. Diante do exposto, a motivação para realização do presente trabalho se deu através da vivência nos estágios supervisionados do curso de enfermagem em hospitais. Nesta situação foram percebidas diversas dificuldades no exercício profissional do enfermeiro que vão desde as condições de trabalho precárias, má remuneração, sobrecarga de trabalho, somadas a falta de material, escassez de profissionais de enfermagem e de médicos.

Assim, esse trabalho tem o objetivo de descrever a atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência hospitalares, identificando as práticas de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, assim como discutir os entraves para uma assistência adequada da enfermagem nestes serviços.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Segundo Severino (2007), a pesquisa bibliográfica ocorre a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, utilizando livros, diversos



artigos e textos de autores renomados, possibilitando o aprofundamento da temática e compreensão da natureza do tema da pesquisa. Goldenberg, (1997) defende que a pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria.

Para o estudo foram selecionados artigos em português, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que abordavam a assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência, a atuação da enfermagem em tais serviços e o gerenciamento de enfermagem nos serviços hospitalares de urgência e emergência. Foram excluídas publicações que não se adequavam aos critérios propostos, além de teses, dissertações, artigos em idiomas diferentes do português, referências sem resumo ou abstract, além de comentários de caráter geral. O levantamento bibliográfico proporcionou a aquisição de 22 estudos científicos que compuseram a amostra final desta revisão.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após a seleção dos documentos para compor este estudo, procedeu-se a leitura flutuante do material. Em seguida, elaborou-se uma ficha para organizar os achados do levantamento bibliográfico composto pela: referência do estudo, objetivos, principais resultados, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor. Após o tratamento dos resultados, interpretação e categorização dos conteúdos, os trabalhos foram classificados nas seguintes categorias:

- Competência legal do enfermeiro e suas atribuições na urgência e emergência;
- Dificuldades na assistência de enfermagem nos serviços de urgência e emergência;
- Capacitação do enfermeiro para atuação nos serviços de urgência e emergência.

### 3.1 Competência Legal do Enfermeiro e Suas Atribuições na Urgência e Emergência

Nesta categoria os autores abordam que aos enfermeiros é imprescindível o conhecimento das leis e resoluções que regulamentam sua profissão para que não delegue uma atividade que lhe é privativa e aos auxiliares e técnicos de enfermagem, para que não aceite realizar uma atividade que não é de sua competência, uma vez que ambas as situações podem levar a processos ético-legais. De acordo com os estudos de Bueno e Benardes (2018), o enfermeiro tem como objeto de intervenção, as necessidades de cuidado de enfermagem e por finalidade o cuidado integral; como também ao gerenciar. Em resumo o enfermeiro tem por objetivo de trabalho a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem, dos meios e instrumentos que são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência.

Ultimamente algumas estratégias vêm sendo implementadas de forma articulada pelo Ministério da Saúde e da Educação, no sentido de promover algumas mudanças no processo formativo na área de saúde. Os currículos têm sido atualizados para que se tenha um formato pautado para um perfil profissional e humano. Dessa forma é enfatizada a necessidade de se ter profissionais, não apenas competentes, mas também crítico e ao mesmo tempo comprometido com a saúde do paciente (BUENO; BERNARDES, 2018).

De acordo com Rocha (2017), o enfermeiro é o profissional da área de saúde que precisa constantemente estar se atualizando quanto a sua atividade, que é de cuidar de pacientes. Ao se analisar a dimensão dos serviços de emergência verifica-se que existe uma apreciação do profissional de saúde que atua nas emergências, por se tratar da necessidade diária de ampliar seus conhecimentos, pois a constante evolução nas formas de assistência e dos equipamentos hospitalares utilizados para prestar o cuidado ao paciente, faz com que este profissional sinta a necessidade constante de reciclagem, melhorando com isso o seu campo de atuação. Uma das mudanças desta evolução é o cuidado do paciente de forma planejada.

É sabido, portanto, que o enfermeiro toma para si o compromisso de preservar a vida, ainda mesmo quando esta em formação. Logo, quando se torna

um emergencista se adquirir boas experiências. Que vai servir como estímulo para que o mesmo tenha uma linha adequada em seu trabalho. Contudo, para se ter um bom trabalho em equipe é importante que se tenha harmonia com a equipe, associada com uma orientação profissional correta, que vão influenciar diretamente nos resultados, e conseqüentemente em uma boa assistência a ser prestada.

Nos estudo de Rocha (2017), observa-se a importância do enfermeiro atuando em um ambiente centrado em procedimentos técnicos e tecnológicos, em que a habilidade, o tempo, a tomada de decisões, o trabalho de equipe seja harmonioso. Ademais, a interatividade com outros setores e equipe, a liderança colaborativa e a capacidade, sustentada em conhecimentos técnicos e científicos, com respaldo ético, respeitando o cliente/paciente como cidadão e em sua totalidade, são fundamentais para alcançar um objetivo comum, que é a recuperação do paciente com qualidade na assistência.

Segundo Pereira et al (2013), para a qualidade da assistência deve haver o trabalho em equipe, pois quando assim acontece o serviço nesse setor se torna dinâmico, entretanto fazer de um grupo de enfermeiros emergencistas uma equipe de trabalho é um grande desafio para o profissional de enfermagem responsável. Este desafio passa pelo aprendizado coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação criativa e saudável de cada membro, evitando assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações interpessoais.

Para Azevedo et al (2010), esses pré-requisitos precisam ser respeitados, pois é onde a equipe pode buscar seus objetivos, responsabilizando-se profissionais pelo sucesso ou fracasso. Logo, para isso, é importante que o profissional conte com os demais que compõem a equipe de trabalho que prestam a assistência à saúde do paciente, “além de ter senso crítico para tomar a decisão correta, uma vez que o custo de um erro pode ir desde uma pequena confusão administrativa até ao óbito do paciente”.

Calil e Paranhos (2007) esperam que a ética e as legislações possam contribuir as tomada de decisões quando envolver atendimento ao paciente em situação de emergência/urgência, normalmente quando está presente o risco iminente de morte do paciente não há tempo hábil de tomar-lhe o consentimento

prévio, pois muitas vezes não há tempo ou condições para sequer perguntar ao paciente seu nome ou se ele aceita determinada terapêutica, tornando-se imperiosas decisões e ações imediatas, por parte dos profissionais de saúde, a fim de garantir a continuidade da vida humana.

Para isso, Rocha (2017), ressalta o artigo 12 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem que assegura à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, direito este assegurado também pelo Código Civil Brasileiro. Também é válido observar que o trabalho nos serviços de urgência e emergência pode acarretar problemas ao profissional especialmente no que se refere a rotina exaustiva e sobrecarga de trabalho.

Assim, verifica-se que dentro da equipe multiprofissional que presta o atendimento nessas unidades de urgência e emergência, destaca-se o enfermeiro. O processo de trabalho desse profissional como prática social integrante do trabalho coletivo em saúde é composto por duas dimensões complementares: assistir e gerenciar. Na primeira, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e por finalidade o cuidado integral; ao gerenciar o enfermeiro tem como objeto de trabalho a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem, dos meios e instrumentos que são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência.

Também é válido ressaltar que o trabalho nos serviços em questão acarreta problemas ao profissional. Considerando que a enfermagem compõe a maior parte do quadro dos recursos humanos dos estabelecimentos hospitalares, este é, conseqüentemente, o grupo que mais sofre com as más condições de trabalho, com a insalubridade do ambiente e também com as medidas de contenção de custos.

### 3.2 Dificuldades na Assistência de Enfermagem nos Serviços de Urgência e Emergência

Nesta categoria, os estudos selecionados enfatizam a tensa rotina dos setores de urgência e emergência apresentando situações que expõem os

trabalhadores ao sofrimento e à sobrecarga de trabalho. O papel de um enfermeiro em um atendimento de emergência é inquestionável, considerando que além da atenção ao paciente, exige-se desse profissional a articulação nos processos de coordenação de equipe, a organização dos serviços e a avaliação do trabalho. Isso faz com que seja valorizado, onde sua atuação passa a ser uma referência, tendo em vista ser bastante solicitado.

O setor de urgência e emergência tem uma rotina que acaba gerando sobrecarga ao profissional da enfermagem, tendo em vista sua exposição, principalmente ao sofrimento de seu ambiente de trabalho, como mostra o estudo de Fakihi, Tanaka e Carmagnani (2012). Os autores mostram que os problemas comportamentais têm superado os problemas relacionados com questões técnicas e a estrutura organizacional da instituição hospitalar, contribuindo para a ocorrência de estresse para o enfermeiro de unidade de emergência, interferindo na vida pessoal e profissional do indivíduo.

Sabe-se que não apenas o estresse, mas também os fatores do ambiente de trabalho são responsáveis pelo surgimento da ausência de profissionais por doenças nesses setores. Em relação às dificuldades encontradas no setor de emergência são destaque o ingresso no serviço, o preparo acadêmico insuficiente, as adversidades do cenário, a exposição aos riscos das cenas e público e a falta de apoio psicológico. Logo, percebe-se que o nível de estresse da equipe de enfermagem emergencista é bastante elevado.

Os estudiosos Dalri, Robazzi e Silva (2010), desenvolveram um trabalho sobre os riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. Em suas pesquisas apresentou-se que entre os riscos ocupacionais identificados, os psicossociais foram os mais citados e as alterações de saúde mais encontradas foram: alergias, cansaço mental e estresse, distúrbios do sono, alterações cardiovasculares e processos infecciosos que em sua maioria podem ter sido provocados pelos riscos identificados. Desta forma, observa-se que o ambiente de trabalho nas unidades de urgência e emergência é de eminente estresse, justificando os riscos ocupacionais e a maioria das alterações de saúde encontradas.

Frente a essa problemática, o Ministério da Saúde criou um mecanismo de apoio à implantação dos sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento de Urgência e Emergência, com o objetivo de estimular e apoiar cada Governo na organização e conformação de Sistemas de Referências Hospitalar no Atendimento as Urgências e Emergências no qual englobam o atendimento Pré-Hospitalar (APH), centrais de regulação, hospitais de referência, treinamentos e capacitação de profissionais de atendimento. Esses locais reúnem um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações (CORRADI; ZGODA, 2018).

Dubeux, Freese e Reis (2010), ressaltam que devido a complexidade, a unidade de emergência acaba se tornando um setor hospitalar que tem atendimento multidisciplinar, exigindo pessoas capacitadas para atuar. Quanto a insalubridade, entre os riscos mais relevantes a que estão expostos os profissionais de enfermagem no setor de urgência/emergência estão: exposição a sangue, fluidos corpóreos e excretas/ secreções; exposição a perfuro cortantes; esforço físico; exposição a infecções e doenças de diagnóstico não confirmado; equipamentos inadequados; exposição a produtos químicos; radiação ionizante; quedas por piso liso/molhado; arranjo físico inadequado; estresse; desconforto térmico; iluminação inadequada; agressividade dos pacientes; e ruídos.

Gallo e Mello (2009, p.32), ainda contextualizam a questão fazendo referência a questão das deficiências dos recursos humanos e também materiais como consequência do ritmo acelerado de trabalho para a finalização de atividades pré-determinadas, contribuindo para o surgimento de problemas psicológicos e até mesmo físicos no profissional de enfermagem, além de refletir na qualidade do cuidado e no relacionamento entre enfermeiros, paciente e familiar. Elementos como a carga horária de trabalho também tem forte associação com o estresse do enfermeiro emergencista, visto que há necessidade de o profissional trabalhar em mais de um local e em diferentes tipos de atividades.

Segundo Maria, Quadros e Grassi (2012, p. 55), o tempo gasto com essas atividades poderiam ter sido direcionadas à assistência direta ao paciente, “a área de administração de pessoal está entre as de maior estresse para os enfermeiros de unidade de emergência”. Os autores destacam que a supervisão exercida nessa

unidade determina-se como ineficiente na melhoria do ambiente de trabalho, devido a fatores como: falta de comunicação, inexperiência e falta de respaldo institucional.

Sobre a insegurança profissional, Azevedo et al (2010) apresentam que esse é um fator de nível menor em relação ao estresse, uma vez que esses profissionais trabalham geralmente na emergência não por necessidade e sim por opção. Os autores então mostram que grande parte dos enfermeiros emergencistas afirmam encontrar maior satisfação no setor da emergência, além de realização pessoal e profissional, valorização e reconhecimento pelos pacientes/vítimas, família, população e pelo próprio serviço.

Os enfermeiros emergencistas vivenciam um gama de sentimentos que envolve compaixão, gratidão, raiva, pena, tristeza, ansiedade, cansaço, revolta pela sobrecarga e limitações dos recursos frente às situações que envolvem risco de morte e consideram como motivador o reconhecimento e a possibilidade de restaurar vidas. Todos são compreendidos pelo fato de serem pessoas, ou seja, humanos, que também expressam emoções e têm suas limitações (PEREIRA, 2013).

Costa, Araujo e Barros (2017), lembram que no Brasil a formação do enfermeiro que trabalha em unidades de urgência e emergência não existia até meados de 1980, quando foi dado início à capacitação técnica destes profissionais para que pudessem atuar em situações em que lhes eram exigidas grande capacidade de raciocínio e tomada de decisão mais acertada.

Para tentar resolver ou ao menos amenizar os problemas demonstrados na unidade de emergência, pode ser sugerido o oferecimento de condições mínimas de material e pessoal de enfermagem, a garantia de uma maior autonomia e reconhecimento do enfermeiro, o incentivo à jornada de trabalho única, o oferecimento de oficinas de terapia laboral e apoio profissional, a formação de equipes multidisciplinares para discutir sobre os fatores de riscos que os profissionais estão vivendo no seu cotidiano de trabalho e também realizar planos de medidas e intervenções contra o estresse, ou seja, dedicar uma maior atenção para a saúde dos profissionais que atuam em setores críticos (SILVA, et al 2014).

De acordo com Wehber e Galvão (2001), nem sempre o enfermeiro das unidades de emergências tiveram relevância. O atendimento ao traumatizado era

superficial, não havia um programa padronizado para treinamento de pessoal. No passado, o pessoal do departamento de emergência e os que efetuavam intervenções pré-hospitalares de emergência não tinham quase nenhum treinamento especializado e viam-se a frente de situações, nas quais vidas eram perdidas ou certos tipos de invalidez eram prolongados pela deficiência dos primeiros socorros.

Devido ao crescente aumento no número de atendimentos de urgência e emergência no país, gerados pelos acidentes de trânsito, violência, e doenças de varias etiologias, sobretudo cardiovasculares, surge no Brasil à necessidade de um atendimento rápido e especializado em prestar os primeiros socorros a estes doentes de traumas e males súbitos, ainda na cena do fato. Para promover este atendimento, são enviadas ambulâncias de suporte básico e avançado, de acordo com o quadro da vítima, contando ainda com equipes de saúde, altamente qualificadas, mostrando que este cuidado reduz o número de óbitos e suas complicações atribuídas a ausência de socorro imediato e adequado (ROCHA, 2017).

O autor supracitado salienta que quando o serviço de urgência é imediato, as sequelas das lesões e dos traumas são diminuídas. Segundo Wehber e Galvão (2001), a ênfase em atendimento de emergência só veio ganhar destaque na década de 80, com a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET), destacando o atendimento inicial do paciente traumatizado acontecendo em três etapas sucessivas: na cena do acidente; durante o transporte e no centro hospitalar.

Assim, esta assistência deve dar ênfase às informações com finalidade de planejamento das atividades da enfermagem, tendo em vista que traumas graves provocados por acidente, o violências e males clínicos são os principais tipos de agravos que exigem atenção específica. Assim, cabe a unidade de emergência promover serviços de saúde requeridos com caráter de emergência e urgência para prolongar a vida da vítima ou prevenir consequências críticas, os quais devem ser proporcionados imediatamente (ROCHA, 2017).

Azevedo et al (2010, p. 22), observa que “os serviços hospitalares de emergência possuem características próprias que influenciam a organização do trabalho e a gerência do cuidado”. Estes serviços compõe o contexto político e estrutural do sistema de saúde brasileiro sendo responsáveis pelo atendimento de



situações graves em que há risco de morte e são necessárias intervenções rápidas e precisas. Porém, na prática, esses serviços também são utilizados por usuários com demandas que não se caracterizam clinicamente como urgências, de maneira a complementar à atenção recebida nas unidades básicas de saúde e unidades de pronto-atendimento, o que acarreta superlotação do serviço e sobrecarga de trabalho para os profissionais.

O que orienta qualquer profissional são seus princípios éticos, e com os enfermeiros não é diferente. Nesse contexto Rocha (2017, p 11), acrescenta que os princípios éticos médicos, regulamentados internacionalmente, segundo os quais não se hierarquizam os pacientes, são uma manifestação clara do individualismo igualitário ocidental. Situam-se, portanto, entre, de um lado, a lealdade a princípios que se pretendem universalmente aplicáveis e objetivamente definidos (nos casos de "salvar vidas") e, de outro, situações concretas, nas quais estão em jogo sujeitos concretos, médicos e pacientes, com suas crenças, valores e concepções particulares do mundo que os cerca.

Nos comentários do autor é primordial que para atuar com os cuidados de emergências, o enfermeiro precisa ter o domínio do que estar acontecendo, de acordo com o código de ética do profissional. Logo percebe-se que os serviços hospitalares de emergência possuem características próprias que influenciam a organização do trabalho e a gerência do cuidado. Os mesmos compõem o supracitado contexto político e estrutural do sistema de saúde brasileiro sendo responsáveis pelo atendimento de situações graves em que há risco de morte e são necessárias intervenções rápidas e precisas. Porém, na prática, esses serviços também são utilizados por usuários com demandas que não se caracterizam clinicamente como urgências, de maneira a complementar a atenção recebida nas unidades básicas de saúde e unidades de pronto-atendimento, o que acarreta superlotação do serviço e sobrecarga de trabalho para os profissionais.

### 3.3 Capacitação do Enfermeiro para Atuação nos Serviços de Urgência e Emergência

Nessa categoria temática os autores destacam a necessidade da formação do enfermeiro em atuação nas unidades de urgência e emergência. É importante devido aos procedimentos teóricos e técnicos do socorro nos momentos após um acidente, principalmente nas duas primeiras horas, a fim de garantir a recuperação ou a sobrevivência das pessoas feridas.

A enfermagem pode exercer liderança no setor de emergência a partir do momento em que toma para si a responsabilidade por determinar a melhor maneira de planejar as atividades para que as metas organizacionais sejam alcançadas efetiva e eficientemente. Essa trama envolve o uso sensato de recursos e a coordenação das atividades com outros departamentos. Por isso, a escolha do modo organizacional mais adequado de oferecimento de cuidados ao paciente em cada unidade ou organização depende de habilidades e dos conhecimentos do corpo funcional, da disponibilidade de enfermeiros, dos recursos econômicos da organização, da acuidade dos pacientes e da complexidade das tarefas a serem realizadas (SILVA, 2014).

De acordo com Rocha (2017), já existe uma discussão, em especial no meio acadêmico sobre o cotidiano desses profissionais que trabalham no atendimento de urgência, acerca de quais seriam os critérios sociais na seleção de pacientes em serviços de emergência, bem como outras questões que envolvem a humanização da assistência de enfermagem os direitos e deveres dos profissionais de saúde, particularmente, de enfermagem e os direitos dos usuários dos serviços de ações de saúde. Há tempos a atividade do enfermeiro tinha uma atuação ligada a um modelo de gestão, sem que houvesse uma reflexão crítica dessa atuação. Era uma estrutura tradicional e rígida, que focava também no atuar e servir.

Contudo, dentro da unidade de urgência e emergência o enfermeiro se consolidou na prática da enfermagem, se tornando autônomo e ganhando principalmente destaque, visto que ele presta assistência direta ao paciente grave sob risco de morte, mas não se restringindo a esta. O enfermeiro, nesse sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência, também desenvolve atividades educativas como instrutor, participa da revisão dos protocolos de atendimentos, da elaboração do material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções e

ser o responsável pela liderança e coordenação da equipe envolvida (PEREIRA, et al 2013).

Em exercício, o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem, e nesse aspecto ele delega funções aos seus liderados, caracterizando atividades gerenciais dentre outras. O que para Rocha (2017), essas atividades sobrecarregam o enfermeiro, limitando suas ações de saúde voltadas exclusivamente para recuperação da saúde do indivíduo em partes e não holisticamente, devido ao excesso de atividades gerenciais que demandam tempo, em detrimento das atividades assistências e alguns enfermeiros têm uma carga horária elevada que se soma com o estresse do momento de trabalho.

O bom relacionamento também é fundamental nas relações de trabalho entre os enfermeiros, pois devido ao estresse que os profissionais passam podem acontecer, conflitos de diversas naturezas. Na prática profissional se percebe mal-entendidos, desconfianças, sentimentos de coerção, egoísmo, desrespeito e irritação mostrando diferenças individuais manifestas no ambiente de trabalho, em decorrência do mau relacionamento. O relacionamento mais ou menos harmonioso no trabalho exige da gerência competências para resolver as diferenças, utilizando ferramentas úteis, visando o fortalecimento de fatores facilitadores, levando à construção coletiva de equipe, trabalho este relevante na equipe de saúde e em especial na enfermagem.

Portanto, conhecer os posicionamentos, a maneira de agir e o comportamento dos componentes da equipe de enfermagem, no que diz respeito às relações de trabalho, possibilita a composição de novas posturas e novas perspectivas para serem adotadas nas instituições de saúde, contribuindo para uma reestruturação do desenvolvimento do trabalho.

Na estrutura hospitalar, onde há um panorama organizacional de trabalho em saúde em que a interação entre os profissionais torna-se uma característica fundamental devido à constante interdependência das pessoas para realização das tarefas e o alcance das metas, a relação de poder e os conflitos se manifestam, tornando-se mais perceptível quando a relação se dá entre pessoas de níveis hierárquicos diferentes – como é o caso da equipe de enfermagem – podendo

influenciar positivamente ou negativamente no desempenho de seus subordinados e, conseqüentemente, o processo de cuidar em saúde (ROSENSTOCK, 2013).

Segundo Lima e Erdmann (2006), o serviço de enfermagem é abrangente, no sentido de atuar em toda área hospitalar, constituindo assim um macro sistema, embora autônoma, mas com coparticipação. Logo, existe também toda uma estrutura organizacional norteadora, que são: regimento interno, organograma, sistemas de comunicação, técnicas e rotinas e sistemas de controle. A enfermagem exerce uma prática do cuidado sempre em busca de recursos para a excelência do fazer profissional.

O enfermeiro é um instrumento essencial nas relações de grupo no setor de saúde, tendo em vista que ele se posiciona não apenas como um agente do serviço de saúde, mas também como gerente dessa equipe de enfermagem, tornando-se um ponto de referência para toda a equipe, o que vai exigir dele capacitação, para promover os ajustes e também certas intervenções.

De acordo com Corradi, Zgoda e Paul (2018), mesmo que exista um método de liderança aplicável para todas as situações, sua eficácia sempre vai exigir a capacidade de resolução, além da manutenção da eficiência grupal, boa comunicação, demonstração de imparcialidade, competência, segurança e criatividade do líder e desenvolvimento da identificação grupal. Portanto, para que o enfermeiro possa desenvolver sua prática profissional, principalmente, em setores dinâmicos, como o setor de urgência e emergência, se faz necessário que a equipe de enfermagem atue de forma sincronizada. Isso porque, o atendimento deve ser rápido, visto que a maioria dos pacientes se encontra em estado crítico envolvendo risco à vida. Neste contexto, o enfermeiro deve desenvolver a liderança com base em seus conhecimentos acerca da mesma, determinando qual a melhor forma de liderar em diferentes situações visando à melhoria da qualidade do cuidado.

Logo, identificar e compreender esses conflitos torna-se primordial, tanto de maneira, prática como teórica, ao quem concerne as questões que dizem respeito ao papel do enfermeiro enquanto intermediador e gerenciador, bem como as implicações sobre a prática profissional. Neste panorama, o profissional de enfermagem, ocupa um lugar importante de conversação dinâmica e criativa entre o usuário interno e externo, através do seu constante convívio com estes atores

sociais. A produção da equipe de enfermagem representa, para a sociedade em geral, a prestação de cuidados, a produtividade e alma empreendedora da equipe que a assiste, buscando produzir saúde ou preservá-la (SIQUEIRA, 2001).

Malhotra (2001) ressalta que em todo lugar de trabalho existem conflitos e que, portanto, temos que aprender a administrá-los da melhor maneira. É necessário ter uma boa ferramenta para converter os aspectos negativos do conflito em uma experiência construtiva e positiva. Para lidar com o conflito, a autora indica 5 passos: determinar a pessoa ou o grupo em conflito; analisar a causa do conflito; analisar o melhor caminho ou uma combinação deles para lidar com o conflito; fazer um plano para implementar a decisão e colocá-lo em prática.

De acordo com Bocatto (2009), esse processo de mediação de conflito é fundamental desde que aplicado de forma efetiva com relação às situações conflituosas, com o objetivo de solucionar da melhor forma possível. Logo, o papel do mediador é observar certos princípios como ser imparcial e ter credibilidade, além de ter conhecimento de causa diante da situação, e apresentar flexibilidade nas atitudes, adotando uma linguagem clara e ser confiável para mediar um processo de conflito.

Portanto, investir em habilidades humanas também se torna tão importante como também obter conhecimentos técnico-científicos. Pois saber gerir pessoas e administrar conflitos se tornou um diferencial no profissional que quer ser competitivo no mercado de trabalho. Por isso os conflitos devem ser vistos de maneira positiva e construtiva e como potencial de crescimento do grupo.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos estudos na literatura, observa-se que os princípios éticos e regulamentações devem nortear os profissionais da enfermagem. Esses princípios são universalmente aplicados de forma leal, sempre objetivando o bem estar do paciente, independente de suas crenças e valores. Isso inclui também que o enfermeiro seja consciente que por mais tensa que se apresente a situação de atendimento, o fundamental é manter sempre a calma, embora aquele atendimento prévio não exclua a atenção de um médico.

Deve-se ressaltar ainda aqui que com relação à formação, a atuação do enfermeiro que trabalha em unidades de urgência e emergência foi postergada até a década de 1980, dando a partir daí o início à capacitação técnica para que pudesse atuar em ambientes e situações que exigiam, além da capacidade de raciocínio, capacidade também de tomar decisão acertada.

Portanto, investir em habilidades humanas também se torna tão importante como também obter conhecimentos técnico-científicos.

Dentro dos conceitos de habilidades, a visão holística deve ser uma função capaz de ver a instituição como um todo em sua atividade, desde os serviços prestados até ao ambiente externo. Uma vez que o enfermeiro desenvolva ou aprimore esse conjunto de habilidades, isso lhe dar melhores condições para gerenciar os serviços de forma competente e com responsabilidade.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, S.M.B. et al. Dificuldades no processo de gerenciamento em enfermagem na urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras; v.3, n.1, p.3-20, jan./mar. 2016. Disponível em: <[http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_9/Trabalho\\_01.pdf](http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_01.pdf)> . Acesso em: set 2018.

AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.12, n.4, p.736-45, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>>. Acesso em: Set 2018.

BUENO, A.A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**,; v.19, n.1, p.45-53 Jan-Mar 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>>. Acesso em 21 Set. 2018.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CORRADI, EziaMaria , ZGODA Lilian Terezinha RudekWojtecki , PAUL Marilene de Fátima Benâncio. **O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem**. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/12480/8552> Acesso em: jan 2018

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar 2004**. Disponível em:  
<<http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf>>  
Acesso 22 novembro de 2018

COSTA, Abraham Freitas; ARAÚJO; Daísy Vieira de; BARROS, Wanessa Cristina Tomaz dos Santos. **O trabalho do enfermeiro no setor de urgência/emergência hospitalar**. Disponível em:<[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/arquivos/RE\\_0047\\_0182\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0047_0182_01.pdf)> Acesso em: 21 set 2018

DALRI, R.C.M.B.; ROBAZZI, M.L.C.C.; SILVA, L. A. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Cienc. enferm.**, Concepción , v. 16, n. 2, p. 69-81, agosto 2010 .

DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; REIS, Y.A.C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 8, p. 1508-1518, 2010 .

FAKIH, F.T.; TANAKA, L.H.; CARMAGNANI, M.I.S. Ausências dos colaboradores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 378-385, 2012 .

GALLO, A. M.; MELLO, H. C. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR; v.5, n. 1, p.1-11, 2009. Disponível em: <[http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao\\_2009/001.pdf](http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao_2009/001.pdf)> . Acesso em 21 Set. 2018.

LAMPERT, Ariele do Nascimento et al. Conflitos Gerenciais: dificuldades para o enfermeiro gerente. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde: REAS**, Santa Maria, v.2, n.3, p.96-105, 2013. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta paul. enferm.**, v. 19, n. 3, 2006.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M.F.O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília; v.65, n.2, p.297-303, mar-abr.2012. Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2014/672-1402927934.pdf>>. Acesso em: 21/09/2018.

PEREIRA, D.S. et al. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**;v.34, n.4, p.55-61, 2013.

ROCHA, Elivania Costa de Almeida. *Atuação da enfermagem em redes de urgência e emergência*. **E-gov**, 2012.

ROSENSTOCK, Karellinelzaltemberg Vasconcelos. **Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho**: Percepção dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família. 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, D.S. et al. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V.16, n.1, p.211-9, 2014. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf)>. Acesso em: 21/09/2018.

SIQUEIRA, Hedi H. **As inteconexões dos serviços no trabalho hospitalar**: um novo modo de pensar e agir [Tese de Doutorado em Enfermagem e Saúde]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

WEHBE G, GALVÃO CM. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, nº 2, p. 86 – 90, 2001.



# ABORDAGENS LÚDICAS NO CUIDADO DA CRIANÇA COM CÂNCER

## PLAYFUL APPROACHES IN CARE OF THE CHILD WITH CANCER

Nadja Caroline Bezerril Guimarães<sup>1</sup>

Ana Claudia Gomes Viana<sup>2</sup>

Emmanuela Costa de Medeiros<sup>3</sup>

Zirleide Carlos Felix<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** as atividades lúdicas são vistas como um instrumento que proporciona prazer e felicidade a criança que enfrenta o câncer. O estudo teve como objetivo compreender como as abordagens lúdicas auxiliam e ajudam no cuidado da criança com câncer. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado com 10 crianças portadoras que frequentam a casa da criança com câncer da Paraíba, os dados foram coletados nos meses de Agosto a Setembro 2018, por meio de uma entrevista e analisados pela técnica proposta por Bardam. **Resultados:** observou-se o brincar é considerado importante e faz resgatar os sentimentos de alegria e diversão. Mas que algumas não sentem-se seguras em participar das brincadeiras por sentirem medo de piorar da doença. **Considerações finais:** as abordagens lúdicas proporcionam melhora na autoestima, ajuda no desenvolvimento psíquico e físico, diminui o estresse e angústia e o sofrimento associado ao tratamento. Proporciona momentos de distração, alegria e diversão, contribuindo para que a doença seja percebida de forma menos traumática.

**Palavras-chave:** Abordagens lúdicas, câncer infantil, criança, brincar.

### ABSTRACT

**Introduction:** the playful activities are seen as na instrument that provides pleasure and happiness to the child who face the cancer. The aim of the study was to understand how playful approaches assist and help in the treatment of the child with cancer. **Methodology:** qualitative study, carried out with 10 children who attend the house of the child with cancer of Paraíba, the data were collected from August to September 2018, through na Interview and analyzed by the technique proposed by Bardam. **Results:** It was observed that playing is considered important and brings back the feelings of joy and fun. But some don't feel safe in participating in the games because they are afraid of worsening the disease. **Final considerations:** the playful approaches provide improvement in self-esteem, help in psychic and physical development, decrease stress and anguish and the suffering associated with the treatment. Provides moments of distraction, joy and fun, contributing to the disase being perceived in a less traumatic way.

**Key words:** playful approaches, childhood cancer, child, play.

---

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.  
E-mail: carol\_bezerril@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP. E-mail: [anacviana2009@hotmail.com](mailto:anacviana2009@hotmail.com). Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/6990038672400244>

<sup>3</sup> Docente do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP.

## 1 INTRODUÇÃO

Anualmente, em todo o mundo, seja ele países desenvolvidos ou subdesenvolvidos, milhares de pessoas em diferentes tipos do ciclo vital perdem a vida devido ao câncer. No Brasil, estimativa recente do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostrou a incidência de 12.600 casos novos de câncer em pessoas até 19 anos. As neoplasias infantis são as primeiras causas de morte (8% do total) por doenças entre crianças e adolescente entre 1 a 19 anos. (INCA 2017).

A aceitação da criança em relação ao seu diagnóstico dependerá muito das reações dos seus pais e familiares, pois os mesmo vão irradiar todos os sentimentos que surgem após o descobrimento da doença. A criança compreende a doença verdadeiramente ao enfrentar os efeitos do tratamento, o qual demanda consideravelmente bastante tempo de hospitalização e a expõe a procedimentos invasivos e dolorosos, como quimioterapia, radioterapia e seus efeitos colaterais (DIAS et al, 2013).

Diante da exposição do infante a uma nova realidade de tratamentos e exames, torna-se fundamental que a criança possa usufruir de instrumentos de seu domínio e conhecimento para adaptar-se a essa nova situação. É nesse contexto que as atividades lúdicas são vistas como um instrumento que proporciona prazer e felicidade, além de resgatar a condição de “ser criança” (CAIRES et al, 2014; DIAS et al, 2013).

Etiologicamente lúdico deriva do latim ludus que significa alegria e liberdade, comumente presente nas brincadeiras infantis. Essas atividades contribuem para descobertas cognitivas, afetivas, motoras, sociais e de comunicação se forem usadas de forma correta e de acordo com a necessidade de cada paciente (DOS SANTOS et al, 2014).

A imprescindibilidade de se divertir não deve ser eliminada durante a doença ou hospitalização, uma vez que a diversão lhe permite expressar seus sentimentos, preferencias, receios e hábitos a partir da projeção e transferência destes aos personagens da brincadeira, criando um faz de conta. Por isso, o lúdico proporciona as crianças uma maneira mais prazerosa de entender a educação em saúde facilitando a forma de entendimento sem causar expectativa negativa, o brincar estimula a confiança da criança com os profissionais facilitando o cuidado por meio

de arte e brincadeiras, fortalecendo assim os vínculos e aumentando os resultados positivos (MARQUES et al,2016, DA SILVA et al;2016)

O estatuto da criança e do adolescente, através da lei nº 8.069, de 13 de janeiro de 1990 defende que a criança deve gozar de todos os direitos fundamentais inerente à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, como condições de liberdade e dignidade. Estabelece-se, assim, o compromisso por parte de todas as pessoas que convivem com a criança, de oferecer e facilitar essas condições fundamentais, independentemente do local ou situação em que ela se encontra (BRASIL, 1990).

É nessa perspectiva que nasce a importância do desenvolvimento de atividades lúdicas com a criança que vivencia o enfrentamento de uma doença tão complexa, como o câncer. O ato de brincar, pintar, cantar e dançar, ou seja, de fazer com que a criança realize durante o tratamento as atividades que lhes são comuns e rotineiras podem resultar na diminuição do estresse, da angustia, como também do medo associado à doença, ao tratamento e aos procedimentos realizados pela equipe de saúde, transformando a percepção que elas têm acerca da doença e do tratamento (DIAS et al, 2013).

O brincar exerce uma grande importância sobre o desenvolvimento infantil colaborando para a apreensão de comportamentos, construção do conhecimento sobre a realidade em que a criança está inserida, tais como, expressão de sentimentos e emoções. Considerando que a criança acometida pelo câncer apresenta mudanças tanto na forma orgânica como na psicossocial, a brincadeira, ou seja, as abordagens lúdicas denota como um recurso no intuito de diminuir a ansiedade e o medo da criança, frente ao desconhecido e de permitir a mesma, a possibilidade de se mostrar autêntico (MORAIS et al, 2016; LIMA et al, 2015).

Desta forma, identifica-se que as atividades lúdicas são cruciais para o tratamento das crianças e adolescentes, tendo em vista os vários resultados de estudos no Brasil, que mostram como essas atividades ajudam no tratamento e auxiliam a criança no enfrentamento da doença (LIMA et al,2015).

O câncer é para qualquer idade um acontecimento traumático, principalmente quando se é criança e está começando a conhecer e descobrir o mundo. Nesta situação, cuja as mesmas ao descobrir a doença são afastadas do seu meio natural, sendo frequentemente expostas ao confronto da dor e sofrimento, assim como limitações físicas, a utilização de estratégias de adaptação que possam

minimizar efeitos negativos, e proporcionando desenvolvimento de aprendizagem em seu repertório comportamental se tornam necessárias. Nesse tocante, as atividades lúdicas são tidas como atalizadores no processo de recuperação e adaptação da criança com câncer, proporcionando-lhes a construção de uma realidade própria e singular, além de expressar sua criatividade e emoção. Assim, o lúdico seria percebido pela criança como uma possibilidade de ganhar ou construir algo bom em uma situação totalmente adversa (DEPIANTI et al; 2014).

Para entender como essas abordagens lúdicas ajudam e auxiliam no tratamento e na melhora da criança, este estudo se propõe a responder a seguinte questão norteadora: como as abordagens lúdicas auxiliam no tratamento de crianças com câncer?

O interesse por esta temática emergiu a partir dos conhecimentos adquiridos durante a graduação, nos quais esclareceram as teorias e práticas exercidas em cada processo do câncer infantil e as formas de tratamento. Trazendo para o dia a dia a vontade de conhecer como as abordagens lúdicas influenciam e ajudam as crianças a compreender as fases da doença e seu tratamento. E ainda por acreditar que mesmo diante do enfrentamento de uma doença tão complexa como o câncer, essas crianças quando conduzidas adequadamente podem encontrar um motivo para sorrir.

Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo compreender como as abordagens lúdicas auxiliam e ajudam no cuidado da criança com câncer.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

A metodologia do estudo está embasada na pesquisa de campo, de caráter exploratório - descritivo e de natureza qualitativa. O perfil exploratório propõe-se a desenvolver e melhorar novos conhecimentos, possibilitando assim uma intimidade com a temática proposta dando mais visibilidade a mesma (GIL, 2010). A natureza qualitativa destaca uma relevância principal aos depoimentos dos participantes envolvidos, dessa forma este tipo de abordagem relata, discursos e significados informados por meio de entrevista ou questionamentos abertos, tentando facilitar o descrever das indagações sugeridas (VIEIRA; ZOUAIN, 2005; OLIVEIRA, 2008).

A pesquisa foi realizada na Casa da Criança com Câncer, do município João Pessoa (PB). A população foi composta por crianças em tratamento de câncer que se encontravam hospedadas na referida casa no momento da coleta de dados, fazendo parte da amostra 10 crianças selecionadas mediante os seguintes critérios de inclusão: idade entre sete a doze anos. Como critérios de exclusão adotaram-se estado imunológico comprometido, que não se dispusesse a participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP), sob número do CAAE: 91836218.0.0000.5184, e mediante assinatura do Termo de assentimento para participantes menor de idade pelo pais ou responsáveis que acompanhavam as crianças na casa de apoio. Foram levados em consideração os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as pesquisas com seres humanos, devem oferecer todas as garantias a pessoa humana, inclusive em relação ao anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa da pesquisa sem prejuízos de assistência, assim como a Resolução 311/2007 COFEN que institui o código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

Os dados foram coletados mediante a técnica de entrevista semiestruturada, composta por itens de caracterização dos participantes e por questões abertas, visando-se ao alcance do objetivo proposto. A fim de garantir a privacidade do participante a entrevista ocorreu em local reservado, na presença do cuidador responsável, e teve duração média de dez minutos. Destarte, os depoimentos foram gravados com auxílio tecnológico de um aparelho MP3. A fim de se preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra C, relativo a palavra criança, seguido do número de entrevista.

Os dados obtidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin e obedeceram aos seguintes passos: organização e transcrição de falas, leitura profunda das entrevistas, identificação e categorização dos núcleos significativos, inferência dos resultados e interpretação dos dados com base na fundamentação teórica.

### 3 RESULTADOS

A amostra foi composta por dez crianças na faixa etária entre sete e treze anos, em tratamento oncológico. Dentre elas, 5 (50%) apresentam entre 6 a 9 anos e 5 (50%) encontram-se da faixa etária entre 10 a 13 anos. No qual, o gênero que prevaleceu foi o masculino, correspondendo a 9 (90%) dos entrevistados. Quanto ao tipo de tumor 4 (40 %) são portadores de leucemia; 1 ( 10%) tumor cerebral, 1 (10 %) histiocitose de células de langerhans; 1 ( 10 %) neuroblastoma, 1 (10%) linfoma, 1 (10%) sarcoma; 1 (10%) dos entrevistados não soube informar o tipo de tumor. Em relação ao tempo de tratamento, 5 (50%) estão em tratamento há mais de 1 ano; 4 (40%) entre 6 meses a 1 ano; 1 (10 %) há menos de 6 meses. Em relação ao tipo de tratamento prevaleceu o quimioterápico, sendo realizado por 9 (90%) das crianças; 1 (10%) encontrava-se na fase de avaliação médica após realização de transplante de medula óssea. Quanto ao grau de escolaridade, 2 (20%) disseram que frequenta a escola e está no primeiro ano do fundamental, 1 (10%), frequenta quando é liberado pelo médico, 7 (70%), não frequentam a escola. Vale ressaltar que todas as crianças entrevistadas são do interior da Paraíba, visto que o local selecionado para a realização da pesquisa tem a finalidade de acolher as crianças e seus familiares que residem em locais distantes do município no qual o hospital referência para o tratamento oncopediátrico se localiza.

Após análise dos dados foi possível identificar o perfil dos participantes, os sentimentos de cada criança diante da enfermidade, a importância das abordagens lúdicas no seu tratamento, e o sentimento de estar brincando. Com essa análise, surgiram duas categorias empíricas: o significado do brincar na compreensão da criança com câncer; os sentimentos revelados a partir do brincar na percepção da criança.

#### **CATEGORIA I – O significado de brincar na compreensão da criança com câncer**

Esta categoria reflete o significado compreendido pelas crianças com câncer acerca do brincar enquanto encontram-se no ambiente hospitalar ou hospedados na casa da criança com câncer.

Neste estudo, ficou evidente que o brincar durante o enfrentamento do câncer faz com que as crianças não sejam completamente privadas de uma

atividade que naturalmente faz parte de seu cotidiano. Para elas a brincadeira associa-se ao sentimento de leveza, de diversão e de felicidade, prevalecendo a diversão conforme demonstrado nas falas a seguir:

*Brincar pra mim é se divertir (C2).*  
*Brincar é se divertir (C5).*  
*É uma diversão e passa tempo (C8).*

Em decorrência do câncer e da complexidade associada as modalidades de tratamento as quais essas crianças são submetidas, a exemplo da quimioterapia, modalidade empregada na maioria dos participantes do estudo, elas passam a enfrentar uma rotina diária diferente da convencional, como coletas frequentes de exame, procedimentos invasivos como punção venosa, enfrentamento de efeitos colaterais que comprometem significativamente a qualidade de vida dos pacientes como náuseas e vômitos, infecções e outros. Nesse contexto destaca-se a relevância que o brincar representa para essas crianças, uma vez que ao serem questionadas sobre a importância que dão ao brincar muitas, demonstraram através dos relatos, perceberem a brincadeira como algo importante:

*Acho importante brincar, porque para não levar tudo a sério (C2).*  
*Acho importante sim, pra que não brincar se não vai criar uma criança presa igual animal na jaula (C4).*  
*Acho importante sim, pra que não brincar se não vai criar uma criança presa igual animal na jaula (C4).*  
*É importante sim, porque fica relaxando, melhor que ficar sem fazer nada (C6).*

Todavia, o medo da doença, do tratamento e das privações acaba acarretando para essas crianças um receio em brincar, conforme revelado pelo participante a seguir:

*É importante mais ou menos, porque “mó” da doença, porque se eu tô doente e for brincar fica mais grave (C8).*

O brincar é uma forma de trazer a diversão para aquelas limitações imposta pelo tratamento devido a doença, principalmente quando estão em ambiente hospitalar, no qual a hospitalização tira a mesma de toda a sua rotina de “ser criança” e trazendo para elas um sentimento de tristeza, angustia e medo. É nesse contexto que as abordagens lúdicas adentram, pois trazem um ambiente diferente, mais alegre e divertido, demonstrado por C6:

*Brincava na brinquedoteca e tinha a bom te ver que distribuía presentes e fazia sorteio, me trazia alegria (C6).*

Em alguns momentos, durante a hospitalização, a escassez dessas abordagens foram evidenciadas pelas crianças, conforme demonstrado:

*Não brincava de nada no hospital, mas queria que tivesse, porque seria mais divertido. A única coisa que brincava lá era com aquele negócio de ferro que bota soro, eu descia da cama e fazia de skate, isso me dava alegria (C1).*

*Brinco na brinquedoteca, é a única brincadeira lá (C4).*

O fato das atividades lúdicas não serem realizadas sistematicamente, conforme os deponentes, parece contribuir para a adesão por algumas crianças de recursos tecnológicos de fácil acesso como meio de ocupação do tempo, conforme abaixo:

*Brinco de nada quando tô lá, fico só no celular (C8).*

*Lá não tem brincadeira, fico no celular mexendo e os palhaços que as vezes vão lá só dar presente (C5).*

Cabe mencionar que no caso em que as abordagens lúdicas não são planejadas conforme a faixa etária do paciente, a brincadeira pode não ser tida como atrativa por algumas crianças.

*Brinco só no celular, não gosto dos palhaços, estou velho pra achar graça nisso (C10).*

É pertinente mencionar que enquanto a criança encontra-se hospedada na Casa da Criança com Câncer ela tem a oportunidade de vivenciar uma diversidade de brincadeiras que são realizadas como bola, pica-congela, esconde- esconde, futebol, todas realizadas por voluntários de diversos cursos e de várias instituições de ensino superior, no qual estão lá para colocar em pratica as abordagens lúdicas. Sendo assim, essas crianças têm um leque grande de variedades de brincadeiras.

É importante dizer ainda que as atividades realizadas na Casa da Criança proporcionam a essas crianças a construção do vínculo e o fortalecimento do laço de amizade entre elas, podendo repercutir no aumento da vontade de brincar e na geração do sentimento de felicidade, proporcionando momentos mais divertidos e alegres. As falas a seguir demonstram as brincadeiras que elas geralmente realizam:

*As vezes brinco com o bambolê, de carro com os meninos que estão aqui (C2).*

*Brinco de bola, carrinho, pega-pega, e com as tias que vem pra cá (C4).*

*Gosto de brincar no celular, baralho e com uma menina igual a senhora que vem pra cá (C10).*



Apesar do brincar ser uma atividade que atrai a maioria das crianças, a falta de interesse pelo brincar, seja por não gostar, seja por não se sentir confortável ou bem com as brincadeiras realizadas também estiveram presentes nas falas ao serem interrogadas a respeito das brincadeiras realizadas na casa onde eles ficam hospedados quando não encontram-se no hospital.

*Não, não gosto de brincar, brinco às vezes quando vem os palhaços ainda das brincadeiras, mas é às vezes (C3).*

*Não brinco muito de vez em quando, o que gosto mesmo é de andar a cavalo (C10).*

O câncer durante a infância demanda da criança um amadurecimento precoce para que o mesmo passe a compreender a necessidade de ajuste no seu cotidiano. Tal fato é demonstrado por meio de receio em brincar por medo de se machucar e agravar sua doença, conforme depoimento a seguir:

*Brinco de quase todas as brincadeiras, menos de espada que pode bater na minha cabeça e eu piorar (C6).*

## **CATEGORIA II – Os sentimentos revelados a partir do brincar na percepção da criança.**

Esta categoria expressa as falas das crianças, refletindo-lhes a percepção dos sentimentos associados as atividades lúdicas realizadas durante o tratamento.

Os sentimentos de cada criança sobre o que ela sente ao estar brincando enquanto está interna em tratamento, ao estar colocando em pratica o que para elas antes era uma atividade cotidiana associa-se a sensação de alegria e felicidade conforme demonstrado a seguir:

*Sinto felicidade e o que não podia fazer antes (C1).*

*Me sinto bem e feliz, me faz esquecer um pouco do que tá acontecendo (C2).*

*Sinto alegria e raiva quando tô perdendo (C8).*

*Diversão (C7).*

Mas dependendo da etapa do tratamento, a criança pode não se sentir bem enquanto está brincando, devido a fatores como fadiga, náuseas, imunidade baixa, entre outros e acabam não participando das brincadeiras por receio de sentir dor ou até mesmo de agravar a doença.

*Me sinto cansado, e sinto dor quando brinco muito (C6).*

*Sinto dor e fico com raiva quando sinto dor (C9).*

A infância é um período fundamental do desenvolvimento humano, no qual ocorre a aquisição de habilidades neuropsicomotoras e sociais. Um dos principais processos de aprendizado da criança é o brincar, por meio do qual explora o

ambiente e a si mesma, desenvolve entendimento do mundo e interage com o mesmo. Trata-se da atividade mais importante da infância e configura-se como o papel ocupacional da criança, contribuindo para o desenvolvimento de novas habilidades, capacidades e competências. (GONCALVES et al 2016).

As abordagens trazem para a criança um momento só seu, um momento de descobrir o mundo com sua imaginação e suas brincadeiras, fazendo com o que as mesmas esqueçam o mundo real e se agarrem no seu faz de conta, trazendo para o mesmo uma realidade que ela cria, fazendo com que aquele momento de tratamento, traga um motivo para sorrir (BATAGLION et al, 2016, DE CARVALHO et al, 2018, DA SILVA et al, 2014).

Conforme mencionado na fala a seguir as brincadeiras realizadas durante a separação da criança da sua rotina cotidiana, ou seja, durante a estadia dela seja na casa de apoio, seja no hospital parecem contribuir positivamente com o seu estado emocional visto que proporciona o esquecimento dos eventos associados a doença conforme evidenciado pela participante a seguir:

*Esqueço o tratamento sim, me faz feliz e eu esqueço do que está acontecendo (C2).*

*Sim, achei que fiquei melhor quando brinquei, porque trazia felicidade (C1).*

O reconhecimento da importância das abordagens lúdicas conforme a percepção das crianças se deu até mesmo entre as que já vivenciaram um momento de significativa debilidade física onde, momentaneamente, não puderam brincar e correr, conforme dito a seguir:

*Sim, porque não conseguia andar e quando consegui andar vi que é importante brincar e fiquei feliz (C4).*

*Humhum... porque trouxe alegria e tô conseguindo correr, me fez esquecer que estou careca (C6).*

Todavia, algumas crianças acreditam que as abordagens lúdicas durante o tratamento não trazem benefícios para a sua melhora, pelo contrário acham que brincar piora a sua doença.

*Não, porque quando brinco pioro (C8).*

*Não, quando estou brincado não me faz esquecer (C5).*

*Não sinto nenhuma melhora, não gosto de brincar (C3).*

Outro aspecto revelado refere-se a atitude da família diante da criança como algo que pode impedir que ela esqueça, mesmo que momentaneamente, sobre o câncer, pois conforme revelado pela criança a seguir a angústia, a ansiedade e o medo dos cuidadores familiares pode resultar numa superproteção da criança na

tentativa de evitar que haja a intensificação do sofrimento e agravamento da doença, muitas vezes impedindo-a de brincar.

*Não ajuda! Minha mãe me faz lembrar dos remédios, ela tem medo que eu piore (C9).*

#### **4 DISCUSSÃO**

O brincar tem um papel fundamental na vida de qualquer criança, sendo esta saudável ou em processo de adoecimento e tratamento, pois é na brincadeira que a mesma torna pertencente de si mesma, do ambiente ao seu redor, desenvolvendo funções cognitivas, motoras e habilidades de socialização. Além disso, o brincar permite a expressão dos sentimentos negativos trazidos pela doença e a projeção da nova realidade para os personagens da brincadeira através do mundo mágico do “faz de conta” (DA SILVA et al, 2014)..

Os resultados da pesquisa mostraram que para as crianças o brincar associa-se a diversão e a algo que pode auxiliar na passagem do tempo, mostrando que apesar das limitações impostas pela doença em si e pelo tratamento a manutenção do lúdico na rotina desses pacientes é relevante. Nesse tocante, ressalta-se que as atividades lúdicas podem influenciar para a redução dos desconfortos gerados pela internação e pela necessidade de procedimentos desconfortáveis e invasivos (LIMA et al 2015, DOS SANTOS et al, 2014).

Neste estudo, a brincadeira foi mencionada, por alguns participantes, como algo que traz diversão. Tal achado assemelha-se aos resultados obtidos em estudo onde as crianças associam o lúdico a algo que as fazem felizes (DA SILVA, DA SILVA, 2015).

A difícil rotina de uma criança com câncer pode provocar limitações, incapacidades físicas e psicológicas. Os procedimentos aos quais são submetidas às expõem a dor e ao sofrimento, além de provocar interrupções na escola, do convívio familiar e amigos, podendo assim interferir na sua capacidade e desejo de brincar (DEL PINO et al, 2017). Tal fato também foi evidenciado neste estudo, visto que algumas crianças expressaram medo de brincar e também falta de interesse pelas atividades realizadas.

É compreensível que em virtude da doença as atividades lúdicas realizadas com essas crianças durante a internação hospitalar necessitem de adequação

sendo as que se destacaram entre elas: brinquedoteca, sorteios, visita de palhaços “voluntários”, fazer o suporte de soro de skate e uso do celular. Pesquisa aponta a brinquedoteca como o principal local de brincadeira utilizado por crianças com câncer e destaca a potencialidade do espaço por possibilitar que a criança expresse suas emoções, além de permitir que elas aprendam um novo modo de brincar compatível com a sua atual condição de saúde (DA SILVA et al, 2015, CAIRES et al 2014).

A doença traz para a criança prejuízos imensos no desenvolver e o brincar tem funcionado como uma estratégia de enfrentamento para todas essas mudanças, mas uns dos itens que se destacaram entre as crianças foi o uso do celular, caracterizando a utilização do recurso eletrônico como forma de diversão, diminuindo assim, a utilização das brincadeiras como pula- pula, pique esconde, bola e conseqüentemente diminuindo a interação entre as crianças. CHAVES et al 2014 e TEIXEIRA et al 2014 concordam que as tecnologias como tablet, smartphones, internet estão afastando a criança cada vez mais das brincadeiras que são passadas de pai pra filho, obtendo mais relevância os jogos virtuais, percebendo que os contatos sociais são cada vez mais raros entre as crianças.

Mas segundo DE PAIVA et al 2015 refere que as novas tecnologias aumenta a oportunidade de ampliação das funções cognitivas humanas, como memória, imaginação, percepção, raciocínio lógico que seriam estimuladas pelos diferentes postos em jogos virtuais. Segundo DOS SANTOS et al 2018 os jogos virtuais trazem para a criança uma maior autonomia, pois possibilita a criança cada vez mais selecione informações de modo rápido e eficiente.

No que se refere ao brincar no hospital, um dos itens que se destacaram foram a falta de voluntários e de lugares e brincadeiras a serem realizadas com elas, muitas devido à escassez de brincadeiras ou até mesmo de lugar para brincar, acabam que, conseqüentemente recorrendo a tecnologia, para que tempo passe mais rápido. Segundo FREITAS et al 2018, essa escassez de brincadeiras no setor de oncologia pediátrica recorre da sobrecarga de horário da equipe, mas esses profissionais precisam ter ciência das muitas possibilidades que o brincar pode oferecer a eles próprios e a criança , inclusive sua permanência no hospital, como tranquilidade, comunicação e até mesmo laços afetivos, então mesmo com uma sobrecarga de trabalho grande, cada profissional precisa tirar um tempo para conversar, contar história e brincar, nem que seja um pouco com a criança.

Sentimento, uma palavra cheia de significados quando se é procurada em um dicionário, palavra que significa amor, afeto, entusiasmo, paixão, tristeza e mágoa. Palavra essa que é de grande importância quando se colocada no contexto de ser criança, ser um ser livre, de uma imaginação fértil e de um coração cheio de paz. Sentir, esse, que quando se está doente, é abalado por vários outros sintomas como ansiedade, medo, angústia, trazendo aquele sentimento de tristeza para um ser de energia e força (FIORETI et al, 2016, BATAGLION et al, 2016).

Neste estudo, o brincar, para alguns participantes, se associou aos sentimentos de alegria e felicidade. Atestando esses resultados, PAGUNG et al 2017, BARROS et al 2017 apontam o desenvolvimento da criatividade como um dos principais benefícios das abordagens lúdicas durante o tratamento, pois o infante utiliza as abordagens lúdicas para criar o seu faz de conta e seu mundo, fazendo com que toda aquela realidade ganhe um pouco de alegria e diversão

Os autores DA SILVA et al 2016 e DE CARVALHO, et al 2018 confirmam os benefícios e afirmam que o brincar proporciona a criança momentos de distração e possibilita a ela “fugir” da realidade, pois consegue esquecer, ainda que por alguns segundos, que está doente. Tais dados corroboram com os obtidos neste estudo onde as crianças referem a brincadeira como um recurso para não levar tudo a sério e ainda para ajudar a esquecer da realidade, ou seja, da condição de está com câncer.

Observou-se também a presença do medo de sentir dor e de piorar da doença pelo fato de brincar. Achados semelhantes foram encontrados por FONTES et al 2017; TEIXEIRA et al 2014 que relacionaram o processo de hospitalização a ansiedade e ao medo, principalmente o medo de sentir dor.

Cabe dizer que a raiva relatada por um participante ao brincar, não só a raiva por ter perdido ou até mesmo por não concordar com a brincadeiras, mas a raiva por querer brincar e não conseguir pelo motivo de sentir dor. CAPRINI et al 2017 condiz que as crianças ao serem tiradas do seu ambiente normal e passa a outra realidade tudo em seu comportamento é mudado, não só a parte física muda, mas a psicológica também, é doloroso para uma criança que antes podia saltar, pular e correr sem incomodo, começar a exercer essas mesmas funções sentindo dor e incomodo, traz sentimentos negativos para a criança e o principal é a raiva. Segundo De Negreiros et al (2017) a raiva passada pela criança é um modo que a mesma tem para se defender da dor.

As atividades lúdicas servem como facilitadores de aproximação da criança com o seu cotidiano fora do seu ambiente de hospital e tratamento, visto que a mesma esquece que está vivenciando todo esse processo e que está doente. MARQUES et al (2016) e DA SILVA et al (2014) corroboram com tais resultados ao afirmar que ao brincar a criança modifica o ambiente em que está reproduzindo suas experiências cotidianas durante a hospitalização e ainda se sente mais próxima do seu ambiente normal, que seria seus familiares e seus amigos. RAMOS et al 2015 e SILVA et al, 2017 também confirmam tais resultados, descrevendo que quando a criança brinca, parece, mesmo que por pouco segundos, não está doente e que o lúdico é um meio utilizado para aproximar a criança à sua vida normal, restabelecendo a condição de ser criança.

Sintetizando, sabe-se que as atividades lúdicas devem estar presentes em todas as fases do crescimento e desenvolvimento infantil, mesmo durante os períodos da doença, como o tratamento e hospitalização. Tais atividades, favorecem o desenvolvimento físico e psíquico da criança, minimizando assim o estresse, a ansiedade e o desconforto gerado pela doença, contribuindo assim para a socialização da criança e a interação das crianças com outras crianças, com o profissional de saúde, com a equipe da casa de apoio e com a família em si, trazendo para a criança tranquilidade e felicidade diante da sua realidade.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O diagnóstico de câncer e consequentemente o tratamento projetam a imagem de privações no mundo da criança, que se vê restrita nas ações de brincar. Este estudo reforça que o lúdico é uma ferramenta essencial para o cuidado a criança com câncer. Os dados evidenciaram que ele pode ser usado, basicamente, para facilitar a criança a vivenciar as diferentes situações frente a doença e ao tratamento com um cuidado específico, considerando a importância do brincar para a criança, sendo considerado assim, tão essencial quanto todos os demais cuidados.

No entanto, vale ressaltar que o cuidar brincando é uma estratégia que valoriza o processo de desenvolvimento da criança com câncer e seu bem estar. Ainda ao ser utilizada na prática diária traz para a criança um sentimento de leveza e

tranquilidade, fazendo com o que ela esqueça por alguns minutos toda a sua realidade e volte a ser criança.

Ficou evidenciado que o lúdico traz para a criança um sentimento de alegria e diversão, fazendo com que os mesmos projetem o seu mundo de faz de conta e se distanciem da sua realidade, fazendo com que todo aquele sofrimento, toda aquela dor, se torne pequena em relação a sua imaginação gigantesca, causando assim, momentos de distração e esquecimento de todo processo da doença.

O uso das abordagens lúdicas proporcionou, de acordo com os entrevistados, significativa melhora tanto no aspecto emocional, quanto no físico, pois muitos relataram que ajudou a fazer algo que antes não podia, além de servir para uma confiança melhor em si e em enfrentar todo o processo de tratamento.

Sendo assim, espera-se que esta investigação incentive a implantação da atividade lúdica para promover um tratamento, uma hospitalização e até mesmo a doença uma etapa na qual não interfira no processo de ser criança e que traga um cuidado mais humanizado e mais eficaz na redução dos transtornos provocados pela hospitalização na criança, visando sempre seu bem estar.

Por fim, ressalta-se que essa pesquisa foi restrita a casa de apoio a criança com câncer, o que limita a generalidade dos resultados obtidos. Portanto recomenda-se a produção de novas investigações que possam investigar as abordagens lúdicas no cuidado a criança com câncer.

## REFERÊNCIAS

BATAGLION, Giandra Anceski; MARINHO, Alcyane. **Familiares de crianças com deficiência: percepções sobre atividades lúdicas na reabilitação**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 3101-3110, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, Lizandra Félix et al. Estudo de revisão da qualidade de vida e câncer infante juvenil. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 1, 2017.

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA**. Rio de Janeiro, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Brasil, 2012.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 564/17. Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Brasília: Brasil, 2017.

BRASIL. **Resolução 311/2007**. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: BRASIL, 2007.

BRASIL, **Lei nº 8.069 de 13 de Janeiro de 1990. Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, Brasil, 1990

CAIRES, Susana et al. **Palhaços de hospital como estratégia de amenização da experiência de hospitalização infantil**. Psico-USF, v. 19, n. 3\*, p. 377-386, 2014.

CAPRINI, Fernanda Rosalem; MOTTA, Alessandra Brunoro. Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, v. 19, n. 2, 2017.

CHAVES, Isabelle Cristine Gutierrez. **Tecnologia e infância: um olhar sobre as brincadeiras das crianças**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia de Pedagogia)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

DA SILVA, Lara Adrienne Garcia Paiano; BARAN, Fátima Denise Padilha; DAS MERCÊS, Nen Nalú Alves. **A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 4, p. 1-10, 2016.

DA SILVA RIBEIRO, Ana Bárbara et al. **A ludoterapia e a criança hospitalizada: uma revisão sistemática**. Cadernos ESP, v. 8, n. 1, p. Pág. 67-80, 2015.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira et al. **cÂncer infantil: vivÊnciaS de criançaS em tratamento oncolÓgico**. Enfermagem em Foco, v. 7, n. 3/4, p. 51-55, 2016.

DA SILVA, Liliâne Faria; CABRAL, Ivone Evangelista. O resgate do prazer de brincar da criança com câncer no espaço hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 391-397, 2015.

DA SILVA, Liliâne; CABRAL, Ivone Evangelista. **As repercussões do câncer sobre o brincar da criança: implicações para o cuidado de enfermagem**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 23, n. 4, 2014



DE OLIVEIRA MOURA SIQUEIRA, Hilze Benigno et al. **Expressão da dor na criança com câncer: uma compreensão fenomenológica**. Estudos de Psicologia, v. 32, n. 4, 2015.

DE NEGREIROS, Rosângela Vidal et al. A impotência do apoio familiar para efetividade no tratamento do câncer infantil uma vivência hospitalar. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 6, n. 2, p. 57-64, 2017.

DEPIANTI, Jéssica Renata Bastos et al. **Benefícios do lúdico no cuidado à criança com câncer na percepção da enfermagem: estudo descritivo**. Online braz. j. nurs.(Online), v. 13, n. 2, p. 158-165, 2014.

DE PAIVA, Natália Moraes Nolêto; COSTA, J. S. **A influência da tecnologia na infância: Desenvolvimento ou ameaça?**. Psicologia: o portal dos psicólogos, 2015.

DEL PINO, Camila; PEREIRA, Vinicius Tonollier. Ludoterapia durante o tratamento contra o câncer infantil: revisão integrativa de literatura. **Revista Psicologia em Foco**, v. 9, n. 14, p. 26-44, 2017.

DE CARVALHO, Talita Grazielle Pires et al. **O olhar do paciente sobre o câncer infantojuvenil e sua percepção acerca de seus sentimentos e emoções diante do videogame ativo**. Movimento (ESEFID/UFRGS), v. 24, n. 2, p. 413-426, 2018.

DIAS, Jucielma de Jesus et al. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 608-619, 2013.

DOS SANTOS VENTURA, Taiane. **A criança, o câncer e o hospital: o viés da psicologia para o tratamento oncológico**. Psicologia: o portal dos psicólogos, 2018.

DOS SANTOS, Caroline Cezimbra; BARROS, Jane Fischer. **Efeitos do uso das novas tecnologias da informação e comunicação para o desenvolvimento emocional infantil: uma compreensão psicanalítica**. Psicologia: o portal dos psicólogos, 2018.

DOS SANTOS, Dayane Regina et al. **Processo de brincar da criança hospitalizada guiado pelo modelo lúdico**. Cogitare Enfermagem, v. 19, n. 3, 2014.

FIORETI, Fernanda Cristina Custodia de Faria; MANZO, Bruna Figueredo; REGINO, Alline Esther Ferreira. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. **REME rev. min. enferm**, v. 20, 2016.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello; OLIVEIRA, Ananda Stéfani Silva de; TOSO, Lis Amanda. Brinquedo terapêutico em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 7, p. 2907-2915, 2017.

FREITAS, Juliana Aparecida Lombardi; DE OLIVEIRA, Bruna Luzia Garcia. **Aspectos psicológicos envolvidos na sobrevivência do câncer infantil**. Revista Uningá v. 55, n. 2, p. 1-13, 2018.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, Sheila Maria; DO VALLE, Elizabeth Ranier Martins; DOS SANTOS, Manoel Antônio. **Significados da morte de crianças com câncer: vivências de mães de crianças companheiras de tratamento**. Estudos de Psicologia, v. 33, n. 04, p. 613-622, 2016.

LIMA, Mayanny da Silva Lima Silva et al. A importância do lúdico à criança hospitalizada: Revisão Integrativa. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 1, n. 2, p. 139-142, 2015.

MARQUES, Elisandra et al. **Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 20, n. 3, 2016.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. **A importância do brincar para a criança com câncer em tratamento quimioterápico e mães acompanhantes: um estudo à luz da Teoria Humanística**. 2016.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

PAGUNG, Larissa Bessert et al. Estratégias de enfrentamento e otimismo de crianças com câncer e crianças sem câncer. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 33-46, 2017.

RAMOS, Fabiana Pinheiro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim; DE PAULA, Kely Maria Pereira. **Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse**. Estudos de Psicologia, v. 32, n. 2, p. 269-279, 2015.

SILVA, Liniker Scolfild Rodrigues da et al. Anjos da enfermagem: o lúdico como instrumento de cidadania e humanização na saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2295-2301, 2017.

SILVA, Flor de Maria Araújo Mendonça et al. **Cuidado paliativo: benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas com câncer**. Boletim-Academia Paulista de Psicologia, v. 30, n. 1, p. 168-183, 2010.

SILVA DOS SANTOS, Solange et al. A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, v. 7, n. 21, 2017.

TEIXEIRA, Héliça Carla; VOLPINI, Maria Neli. **A importância do brincar no contexto da educação infantil: creche e pré-escola**. Graduação – Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro SP, 2014.

VIEIRA, M. M. F. e ZOUAIN, D. M. Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

.

# ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESF NA INVESTIGAÇÃO DA TUBERCULOSE: REVISÃO DA LITERATURA

## ESF NURSE ACTIVITY IN TUBERCULOSIS RESEARCH: REVIEW OF LITERATURE

Sofia Marta Carvalho de Araújo<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg V. Rosenstock<sup>2</sup>  
Maria das Graças Lucena<sup>3</sup>  
Suely Aragão Azevêdo Viana<sup>3</sup>

### RESUMO

A tuberculose é considerada uma das mais antigas doenças infecciosas da humanidade e, embora passível de um efetivo tratamento, permanece na atualidade como um importante problema de saúde pública mundial. Tendo em vista que em muitos desses casos notificados os pacientes não fazem o tratamento correto, pode-se atribuir este abandono do tratamento à falta de interesse dos próprios profissionais da saúde. Assim esta pesquisa tem como objetivo verificar na literatura científica a atuação do enfermeiro da ESF na investigação da tuberculose. Trata-se de uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório descritiva, através de pesquisa bibliográfica. Como fontes de pesquisa foram utilizadas as bases de dados eletrônicas SCIELO, Google Acadêmico e BVS. As referências selecionadas e analisadas reuniram um total de vinte um (21) publicações, sendo onze (11) artigos científicos, um (01) trabalho de conclusão de curso (TCC) de Graduação, uma (01) dissertação de mestrado, uma (01) monografia, um (01) relatório anual e três (03) manuais do Ministério da Saúde. Conforme o material analisado observa-se, assim a necessidade de o enfermeiro estar preparado para lidar com as ações de investigação da tuberculose, a fim de oferecer orientação, cuidado integral e atendimento adequados, envolvendo uma equipe multidisciplinar, visando à qualidade da assistência e à promoção da saúde do paciente e da comunidade. A partir de um conhecimento direcionado o enfermeiro precisa conhecer o ambiente no qual esse indivíduo está inserido, suas dificuldades e anseios, a fim de que a equipe de saúde realize uma abordagem especial para cada caso.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Vigilância. Enfermagem

### ABSTRACT

Tuberculosis is considered to be one of the oldest infectious diseases of mankind and, although it is amenable to effective treatment, it remains at present a major public health problem worldwide. Given that in many of these reported cases the patients do not receive the correct treatment, this abandonment of the treatment can be attributed to the lack of interest of the health professionals themselves.<sup>43</sup> Thus, this research aims to verify in the scientific literature the role of the nurse of the FHT

---

<sup>42</sup>Discente do Curso de Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba.

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: karellineivr@gmail.com. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

in the investigation of tuberculosis. This is an applied research, with a qualitative approach, of the descriptive exploratory type, through bibliographical research. As sources of research were used the electronic databases SCIELO, Google Academic and VHL. The selected and analyzed references collected a total of twenty one (21) publications, being eleven (11) scientific articles, one (01) graduation course, one (01) dissertation, one (01) (01) annual report and three (03) manuals of the Ministry of Health. According to the analyzed material, it is observed the need for the nurse to be prepared to deal with tuberculosis research actions, in order to offer guidance, comprehensive care and appropriate care, involving a multidisciplinary team, aiming at the quality of care and the promotion of patient and community health. From a directed knowledge the nurse needs to know the environment in which this individual is inserted, their difficulties and desires, so that the health team takes a special approach for each case.

**Keywords:** Tuberculosis. Surveillance. Nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é considerada uma das mais antigas doenças infecciosas da humanidade e, embora passível de um efetivo tratamento, permanece na atualidade como um importante problema de saúde pública mundial, em virtude da ampla dispersão geográfica, emergência de casos multirresistentes e coinfecção com HIV. Estima-se que, no ano de 2010, ocorreram no mundo aproximadamente 8,8 milhões de casos novos, 1,1 milhão de óbitos entre indivíduos não portadores de HIV e 400 000 óbitos entre pessoas soropositivas para HIV(PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com a atual Constituição Brasileira, a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, com acesso universal aos serviços de saúde por meio de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a Atenção Básica à saúde deve se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde sendo elemento fundamental para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma, os serviços de saúde têm a competência de prover os meios necessários para garantir que todo indivíduo com suspeita de TB receba diagnóstico e tratamento adequado. Assim, a adesão ao tratamento, o compromisso do paciente e a regularidade de tomada dos medicamentos dependem, em grande parte, do acesso fácil do paciente ao serviço de saúde e da maneira como ele é atendido nesse serviço, pelo profissional de enfermagem (BRASIL, 2008).

Neste atendimento ao paciente, cada profissional terá como objetivo fazer o acompanhamento, para que o mesmo possa ser tratado com êxito, por ser um

tratamento longo e de grande desistência desistirem. No que se refere especificamente à atuação da equipe de saúde nos cuidados aos doentes de TB e as suas famílias, reconhece-se que o processo de trabalho do enfermeiro enquanto membro da equipe deve ser operacionalizado em observância aos pilares do DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course): detecção de casos por baciloscopia, tratamento padronizado de curta duração - diretamente observável, fornecimento regular de medicamentos, sistema de registro que assegure a avaliação do tratamento e compromisso político com o controle da TB (NOGUEIRA et al, 2009).

Assim, conhecer a atuação do enfermeiro acerca do cuidado desenvolvido enquanto membro da equipe de saúde da família na identificação da TB e auxiliar no desenvolvimento de ações que valorizem a autonomia dos sujeitos e assegurem a continuidade do cuidado, segundo as necessidades dos usuários.

Tendo em vista que em muitos desses casos notificados os pacientes não fazem o tratamento correto, pode-se atribuir este abandono do tratamento à falta de interesse dos próprios profissionais da saúde, que não fazem o acompanhamento dos mesmos ou não procuram se intensificar na realidade dos problemas reais da comunidade em que atuam. Desta forma, são necessárias ações em saúde pública, para que todos os profissionais possam trazer uma melhora positiva na vida dos pacientes.

Frente ao exposto, este estudo tem como objetivos verificar na literatura científica a atuação do enfermeiro da ESF na investigação da tuberculose, listar as ações do enfermeiro e discutir a importância do profissional no sucesso do tratamento da TB.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa aplicada, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória descritiva, através de pesquisa bibliográfica. De acordo com Rodrigues (2007), pesquisa científica é um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para os problemas propostos mediante o emprego de métodos científicos. A pesquisa aplicada tem como objetivo investigar, comprovar ou rejeitar hipóteses sugeridas pelos modelos teóricos. Já a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o

problema, levantamento bibliográfico ou entrevistas, pesquisa bibliográfica ou estudo de caso. Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador, através do uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e observação sistemática). A pesquisa bibliográfica recupera o conhecimento científico acumulado sobre um problema (RODRIGUES, 2007).

Diante do exposto, este estudo parte da seguinte questão norteadora: Como se configura na literatura científica a atuação do enfermeiro da ESF na investigação da tuberculose?

Como fontes de pesquisa foram utilizadas as bases de dados eletrônicas Scientific Eletronic Library Online– SCIELO, Google Acadêmico e BVS a fim de identificar publicações científicas a partir dos descritores: assistência de enfermagem; investigação; ESF; Tuberculose. A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre de 2018.

Os critérios para a seleção da amostra foram que a publicação abordasse, no título ou no resumo, a temática investigada; estivesse disponível na íntegra e no idioma português. Para organização das informações contidas nas publicações encontradas foi utilizado um instrumento para a coleta de dados, contendo a referência do estudo, objetivos, resultados principais, as considerações finais dos trabalhos e as impressões do leitor.

Para análise dos dados coletados, este estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) das etapas: 1) a pré-análise, onde é realizada a organização e leitura flutuante do material; 2) a exploração do material, com codificação das unidades de registro; e 3) o tratamento dos resultados e interpretação dos conteúdos. Logo, foram desenvolvidas análises contextuais onde as citações foram integradas com organização textual por temas, requerendo com isso o alcance dos objetivos propostos pelo estudo. Os dados foram analisados qualitativamente conforme a literatura pesquisada sobre o assunto

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na presente revisão de literatura as referências selecionadas e analisadas reuniram um total de vinte e um (21) publicações, sendo onze (11) artigos científicos,

um (01) trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação, um (01) dissertação de mestrado, uma (01) monografia, um (01) relatório anual e três (03) manuais do Ministério da Saúde conforme observado no Quadro 1.

| ARTIGOS                                                                         |      |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUTORES                                                                         | ANO  | TÍTULO                                                                                                             |
| LAWRENCE BARDIN                                                                 | 2009 | ANÁLISE DE CONTEÚDO                                                                                                |
| CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. | 2015 | OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS SERVIÇOS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE                                    |
| NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al                                              | 2009 | O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E O CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DA PARAÍBA                         |
| OBLITAS, Musayón Flor et al                                                     | 2010 | O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA DISCUSSÃO SOB A PERSPECTIVA DA EQUIDADE                      |
| PEDRO, Alexandre San; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de                             | 2013 | TUBERCULOSE E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA                                       |
| QUEIROGA, Talita Pereira de et al                                               | 2015 | PAPEL DA ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DA TUBERCULOSE: RELATO DE EXPERIÊNCIA                                        |
| RÊGO, Clara Ceci Diógenes et al                                                 | 2015 | PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA JUNTO À PESSOA COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE                      |
| RODRIGUES, William Costa                                                        | 2007 | METODOLOGIA CIENTÍFICA                                                                                             |
| SANTOS, Wenysson Noletodos                                                      | 2014 | SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: O CONTEXTO HISTÓRICO, O PROCESSO E OBSTÁCULOS DA IMPLANTAÇÃO          |
| WORLD HEALTH ORGANIZATION                                                       | 2017 | BENDING THE CURVE - ENDING TB: ANNUAL REPORT 2017                                                                  |
| SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al                                              | 2014 | ABANDONO DO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE E RELAÇÕES DE VÍNCULO COM A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA                       |
| MACIEL, Ethel Leonor Noia.                                                      | 2016 | ESTRATÉGIAS DA AGENDA PÓS-2015 PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL: DESAFIOS E OPORTUNIDADES                  |
| SOTGIU, Giovanni et al.                                                         | 2016 | THE ERS-ENDORSED OFFICIAL ATS/CDC/IDSA CLINICAL PRACTICE GUIDELINES ON TREATMENT OF DRUG-SUSCEPTIBLE TUBERCULOSIS. |
| BARRÊTO, Anne Jaquelyne Roque et al                                             | 2013 | GESTÃO DO CUIDADO À TUBERCULOSE: DA FORMAÇÃO À PRÁTICA DO ENFERMEIRO                                               |
| <b>DISSERTAÇÃO, MONOGRAFIA E TCC</b>                                            |      |                                                                                                                    |
| OLIVEIRA, Déborah Raquel Carvalho de                                            | 2014 | A PRÁTICA DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS CONSULTAS AO PACIENTE COM TUBERCULOSE                      |
| SCATOLIN, Beatriz Estuque et al                                                 | 2014 | ACTIVE CASE FINDING: COMMUNITY HEALTH WORKERS' ACTIVITY RELATED TO TUBERCULOSIS CONTROL IN A LARGE CITY, BRAZIL    |
| SERRAS, Catarina Gaspar Lobato                                                  | 2016 | TUBERCULOSE: NOVAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS                                                                         |
| SILVA SOBRINHO, Reinaldo Antonio et al                                          | 2013 | CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA TUBERCULOSE                                    |
| <b>MANUAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>                                           |      |                                                                                                                    |



|                                                                                                                         |      |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MINISTÉRIO DA SAÚDE<br>SECRETARIA DE ATENÇÃO À<br>SAÚDE DEPARTAMENTO DE<br>ATENÇÃO BÁSICA                               | 2008 | VIGILÂNCIA EM SAÚDE DENGUE,<br>ESQUISTOSSOMOSE, HANSENÍASE, MALÁRIA,<br>TRACOMA E TUBERCULOSE    |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE<br>SECRETARIA DE VIGILÂNCIA<br>EM SAÚDE DEPARTAMENTO<br>DE VIGILÂNCIA DAS<br>DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS | 2016 | PANORAMA DA TUBERCULOSE NO BRASIL: A<br>MORTALIDADE EM NÚMEROS                                   |
| MINISTÉRIO DA SAÚDE                                                                                                     | 2014 | O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL:<br>AVANÇOS, INOVAÇÕES E DESAFIOS. BOLETIM<br>EPIDEMIOLÓGICO |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 – Distribuição das publicações do estudo segundo tipo do documento, autores, ano e título da publicação.**

As publicações selecionadas para o estudo apontam que a tuberculose segue como um grave problema de saúde pública no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a doença infecciosa de agente único que mais mata, superando o HIV. Em 2016, 10,4 milhões de pessoas adoeceram de tuberculose no mundo, e cerca de 1,3 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença. Em 2013, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de tuberculose, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes. Destaca-se que esse coeficiente apresenta redução ao longo dos anos. Em 2003 esse valor foi de 44,4/100.000 hab., uma redução de 20,4% em comparação a 2013. A mortalidade por tuberculose apresenta tendência de redução no Brasil. Em 2004, o País apresentou um coeficiente de mortalidade pela doença de 2,8/100.000 habitantes (4.981 óbitos), passando para 2,2/100.000 hab. (4.374 óbitos) em 2014, o que representa uma redução de 15,4% (BRASIL, 2016; OMS, 2017).

Os indicadores socioeconômicos referentes aos baixos níveis de renda e escolaridade poderiam aumentar a vulnerabilidade à tuberculose ao refletir o acesso individual e desigual à informação, a benefícios oriundos do conhecimento, aos bens de consumo e ao serviço de saúde. Quanto à carência alimentar, as dietas com baixo valor proteico relacionam-se a alterações na função imunológica mediada por células T, tornando o organismo mais suscetível à infecção por *Mycobacterium tuberculosis* e ao desenvolvimento da doença (PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Para alcançar o sucesso na implantação das ações de controle da TB são necessários arranjos que potencializem as ações de diagnóstico precoce e tratamento da doença. Assim, observa-se que o cuidado em TB deve ser organizado de maneira que se permita a identificação precoce dos casos e o tratamento

adequado. Para que isso ocorra, é necessário o êxito das ações desenvolvidas e profissionais que atuem de maneira eficiente (SILVA et al, 2013).

Dentre as ações de identificação e investigação da TB, o Ministério da Saúde (2014) está implantando uma nova tecnologia para o diagnóstico da tuberculose: o teste rápido molecular (TRM-TB). A sensibilidade desse teste é de cerca de 90% (enquanto a da baciloscopia é de 65%), a especificidade é de 99% e o resultado é liberado em apenas duas horas, favorecendo o início oportuno do tratamento convencional. Além disso, o TRM-TB também detecta a resistência à rifampicina, um dos principais fármacos usados no tratamento da tuberculose, o que possibilita identificar os casos de resistência ao esquema básico, diminuindo o tempo necessário para o início do tratamento com medicamentos de 2ª linha. Juntamente com o TDO (Tratamento Direto Observado) e com as medicações utilizadas no tratamento da tuberculose é possível desenvolver práticas mais eficientes auxiliando no controle da Tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Haja vista a nova estratégia da OMS, de projetar seu foco de ação no longo prazo (2016-2035), cabe salientar que mudanças importantes estão a ocorrer, e outras dever-se-ão efetuar nos serviços de saúde dedicados ao atendimentos de pessoas com TB. Destacam-se avanços, como a implantação recente do teste rápido molecular para TB (TRM-TB), permitindo o diagnóstico da doença de forma rápida e segura, inclusive de suas formas resistentes. Entretanto, faz-se mister ampliar a rede diagnóstica para TB com cultura e realização de teste de sensibilidade a fármacos acessíveis a todos os pacientes (MACIEL, 2016).

A interação entre a TB e as células do hospedeiro é extremamente complexa, sendo determinada em parte pela virulência da estirpe, mas também pela resistência específica e não específica do hospedeiro. A imunidade mediada por células desempenham um papel importante no desenvolvimento dos sintomas da doença. A TB diferencia-se em infecção primária e infecção secundária (reinfeção). A infecção primária resulta normalmente da inalação de bacilos provenientes de doentes infetados, que ultrapassando a barreira mucociliar e brônquica, instalam-se nos pulmões e crescem. O sistema imunológico do hospedeiro desencadeia uma resposta imune, uma reação de hipersensibilidade retardada, com a formação de agregados de macrófagos (grânulos de tubérculo). O sistema imunológico do indivíduo infetado normalmente destrói as microbactérias ou isolas no local da infecção, no entanto, em alguns casos, as bactérias não são destruídas, mas

permanecem inativas no interior dos macrófagos durante muitos anos(SERRAS, 2016).

O tratamento da tuberculose tem como objetivo a cura e a rápida redução da transmissão da doença. Para que isso ocorra, os fármacos utilizados devem ser capazes de reduzir rapidamente a população bacilar (interrompendo a transmissão), prevenir a seleção de cepas naturalmente resistentes (impedindo o surgimento de resistência durante a terapia) e esterilizar a lesão (prevenindo a recidiva de doença). O esquema básico atualmente utilizado no Brasil para o tratamento de adultos com tuberculose sem suspeita clínica de resistência está apresentado no Quadro 2. Ele consiste de uma fase intensiva de 2 meses com o esquema RHZE (Combinação dos medicamentos R de rifampicina, H de isoniazida, Z de pirazinamida e E de etambutol) sob a forma de DFC (doses fixas combinadas), seguido por uma fase de manutenção de 4 meses com esquema (DFC), sendo utilizado para todas as formas da doença em pacientes acima de 10 anos. A exceção é nos casos de pacientes com meningite por tuberculose, os quais, na fase de manutenção, são tratados por 7 meses e com a associação de um corticosteroide oral (prednisona, na dose 1-2 mg/kg/dia por 4 semanas) ou um corticosteroide endovenoso (dexametasona, na dose de 0,3-0,4 mg/kg/dia, por 4-8 semanas). Os medicamentos são em comprimidos em DFC. Cada comprimido contém 150 mg de rifampicina, 75 mg de isoniazida, 400 mg de pirazinamida e 275 mg de etambutol (SOTGIU et al., 2016).

| Esquema                   | Fármacos<br>(mg/comprimido) | Peso, Kg | Dose                 |
|---------------------------|-----------------------------|----------|----------------------|
| 2RHZE<br>Fase Intensiva   | RHZE<br>(150/75/400/275)    | < 20     | 10/10/35/25mg/kg/dia |
|                           |                             | 20 -35   | 2 comprimidos        |
|                           |                             | 35-50    | 3comprimidos         |
|                           |                             | >50      | 4 comprimidos        |
| 4RH<br>Fase de manutenção | RH<br>(150/75)              | < 20     | 10/10 mg/kg/dia      |
|                           |                             | 20-35    | 2 comprimidos        |
|                           |                             | 36-50    | 3 comprimidos        |
|                           |                             | >50      | 4 comprimidos        |

O número que antecede a sigla indica o número de meses do tratamento. Dose respectiva em mg de cada comprimido abaixo a sigla de cada medicamento.

Fonte:Sotgiu et al. (2016)

**Quadro 2 - Esquema de tratamento para todos os casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite), bem como para todos os casos de recidiva e retorno após abandono.**

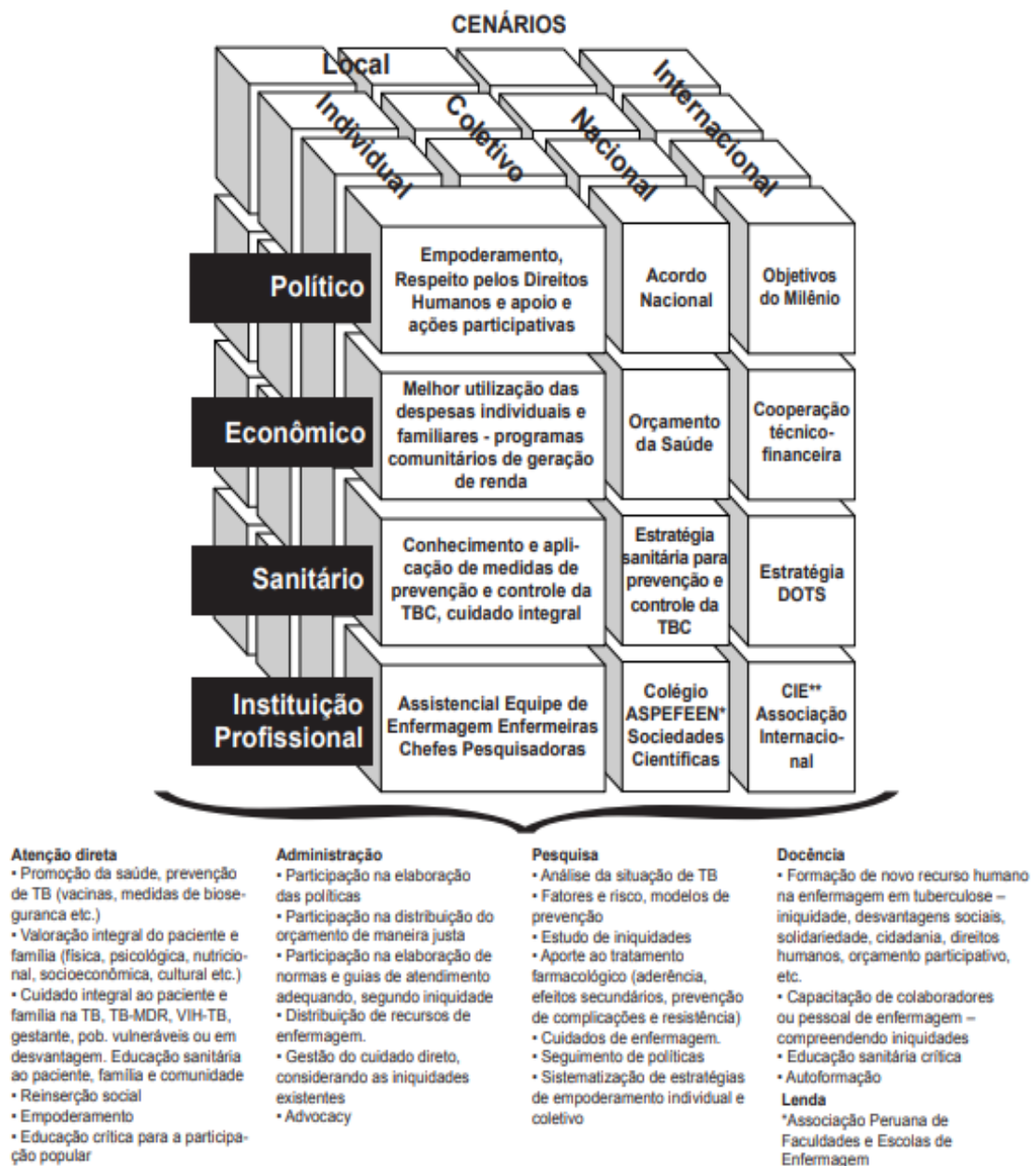
No cenário atual de enfrentamento da tuberculose, é indiscutível e imprescindível a investigação pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e os agentes de saúde e, além deles, a participação do setor comunitário, que representa as populações afetadas pelo problema. Conhecer os sinais e sintomas da doença é condição básica para a realização do diagnóstico, sendo necessário também para a identificação da eficácia terapêutica ou evidência de falência. Dessa maneira, o reconhecimento da clínica da doença mostra-se intrínseco à realização do diagnóstico precoce e condição *sine qua non* para o controle do agravo, prevendo, para isso, a inserção de profissionais capacitados e comprometidos nos serviços de saúde (CECILIO; HIGARASHI; MARCON, 2015; SILVA SOBRINHO et al., 2013).

Neste aspecto, o profissional de enfermagem deve empregar como ferramenta assistencial a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), esta entendida como um processo organizacional capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado com os indivíduos. A SAE proporciona uma maior autonomia para o enfermeiro, um respaldo seguro através do registro, que garante a continuidade/complementaridade multiprofissional, além de promover uma aproximação entre o enfermeiro e o usuário, e entre o enfermeiro a equipe multiprofissional. O trabalho em saúde e Enfermagem está ligado à intersubjetividade, mediante a qual nos constituímos como sujeitos singulares. É, pois, no encontro de subjetividades que os profissionais de saúde podem inovar, produzir cuidado e atuar como sujeitos protagonistas (SANTOS, 2014; SOUZA et al., 2014).

O estabelecimento de vínculo entre os profissionais e usuários na assistência é de grande importância para sua formação, pois além de permitir uma melhor sensibilização, ajuda o profissional a relacionar-se com a prática cotidiana identificando as reais necessidades desse usuário (BARRÊTO et al., 2013). Com isso, o profissional de enfermagem e sua equipe na ESF precisa ter conhecimento sobre a doença e suas formas de detecção, transmissão e controle de forma que o doente confie nas suas orientações. Além disso, é importante explicar claramente a forma de realização do exame e sua importância para doentes e comunicantes, contribuindo para a eliminação da doença na comunidade.

Nesse sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume a vanguarda deste processo, pela sua presença no território e pelo compartilhamento de um mesmo contexto social, cultural e um mesmo universo linguístico, capaz de promover articulação entre os serviços de saúde e a comunidade, identificar seus problemas, e atuar no trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde, o que pode constituir uma importante contribuição no controle da TB. Além de supervisões pelo enfermeiro e apoio por parte dos integrantes da equipe, as discussões sobre as ações de controle da TB nas unidades de AB se configuram em importantes espaços para trocas de experiências e busca de soluções com base nas necessidades de saúde da população. O ACS assume um papel de suma importância na busca ativa de casos, pois ele promove o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, identificando seus problemas, com uma sólida atuação no trabalho de prevenção e promoção de doenças, constituindo em uma relevante contribuição no controle da TB. (BRASIL, 2016; SCATOLIN et al., 2014).

Deste modo, o controle da TB tem no ACS um ator importante, uma vez que seu trabalho configura possibilidades de ampliação do acesso do Sintomático Respiratório (SR) aos serviços de saúde, levando ao diagnóstico precoce e a redução da morbimortalidade por TB na comunidade. No artigo de Oblitas et al (2010) são propostos os níveis de intervenção no controle da TB nos quais o enfermeiro pode participar, começando pela elaboração das políticas até as ações operacionais, desde o âmbito local até o internacional e também em todas as organizações envolvidas, conforme observado na Figura 1, a seguir.



Fonte: Oblitas et al (2010)

**Figura 1 - Participação política, Econômica e Sanitária da Enfermeira na Prevenção e Controle da Tuberculose Segundo Cenários**

Entre os autores, a consulta de enfermagem é apontada como uma grande aliada na investigação da TB e também na adesão ao tratamento pelo doente. A consulta deve ser voltada para algumas ações, dentre elas a solicitação da baciloscopia de escarro mensal para casos inicialmente positivos; fornecimento regular das medicações; orientações acerca da doença e do tratamento; avaliação de peso e condições sociais do doente; avaliação do tratamento; checagem da supervisão do tratamento seja na unidade de saúde ou no domicílio;

estabelecimento de vínculo com doente a cada consulta e garantia de educação em saúde, visando assegurar a continuidade do tratamento. As consultas são mensais com o enfermeiro e o nutricionista, e o médico apenas em períodos específicos (OLIVEIRA, 2014; QUEIROGA et al, 2014; RÊGO et al., 2015).

Nessas ocasiões, a enfermagem deve se tornar uma referência de apoio e promoção de diálogo e momentos de escuta, procurando entender as angústias e anseios do paciente portador de TB, no sentido de amenizar estes sentimentos. Neste sentido, os aspectos da humanização devem ser valorizados e, por vezes, o profissional enfermeiro deve desmistificar a tuberculose, procurando ainda ter contato com os familiares dos portadores da tuberculose, para passar informações corretas acerca do tratamento e transmissão da doença (QUEIROGA et al., 2015).

Reconhecer o controle da TB como uma das ações prioritárias na APS, implica em oferecer condições para que as habilidades destes sujeitos não se limitem a assistência direta ao paciente, nem tampouco compreenda o registro da informação como uma atividade burocrática. Os profissionais da atenção primária são os coordenadores da atenção à saúde, portanto, os principais mantenedores das informações a respeito dos pacientes (NOGUEIRA et al, 2009).

Neste sentido, no âmbito da ESF é o profissional da enfermagem quem deve assumir o papel de protagonista na prevenção e controle da tuberculose, o que deve ser feito planejando intervenções realmente integrais a partir da promoção da busca ativa dos sintomáticos respiratórios na comunidade. Ademais, ações como a solicitação de exames, o controle dos comunicantes, fornecimento de orientações gerais aos pacientes e comunidade, realização de reuniões operacionais com a equipe a fim de oferecer o tratamento padronizado de curta duração diretamente observável ou de longa duração, a atualização do sistema de registro que assegure a avaliação do tratamento permitem que o enfermeiro assuma o compromisso político com o controle da TB (NOGUEIRA et al, 2009; OLIVEIRA, 2015; RÊGO et al., 2015).

A base da construção da autonomia do enfermeiro está na maneira como ele se comporta frente ao seu objeto de trabalho e seus instrumentos, fazendo, a partir disso, uma prática social reconhecida pela comunidade, capaz de proporcionar um aumento da procura dos serviços do enfermeiro (OLIVEIRA, 2014). Observa-se, assim a necessidade de o enfermeiro estar preparado para lidar com as ações de investigação da tuberculose, a fim de oferecer orientação, cuidado integral e

atendimento adequados, envolvendo uma equipe multidisciplinar, visando à qualidade da assistência e à promoção da saúde do paciente e da comunidade

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou compreender a atuação do enfermeiro da ESF na investigação da tuberculose destacando o papel fundamental deste profissional no desenvolvimento de ações de controle da TB, agindo na liderança e organização de múltiplas ações de vigilância epidemiológica deste agravo no contexto da Atenção Primária à saúde. Os enfermeiros são agentes ativos, que promovem melhor articulação entre os demais profissionais de saúde, atuam de forma assistencial executando cuidados integrais e participam no gerenciamento das unidades de saúde.

Dentre os principais fatores que dificultam a investigação e o controle da TB no cotidiano de trabalho das equipes de Saúde da Família, destacam-se os aspectos associados à pobreza e falta de conhecimento da comunidade acerca do controle da doença, além das deficiências estruturais e organizacionais como a previsão de insumos, a capacitação insuficiente dos profissionais, dentre outros. O levantamento das dificuldades no processo de investigação da TB se faz necessário, pois subsidiará a gestão na tomada de decisão e na definição de estratégias de intervenção, e assim superar as fragilidades existentes nos distintos cenários de saúde.

Neste sentido, conhecer a atuação do enfermeiro da ESF na investigação da tuberculose é essencial para tornar o paciente sujeito ativo no seu processo de cura. Com a realização deste estudo, o enfermeiro pode despertar para as necessidades de saúde do doente de TB, uma vez que este se apresenta vulnerável física, emocional e socialmente, devido ao seu contexto social, na maioria das vezes desfavorável. O profissional deve implementar o processo de enfermagem durante a consulta de enfermagem a fim de captar todas as informações relacionadas ao paciente. Para atuar de maneira eficiente, o enfermeiro precisa conhecer o ambiente no qual esse indivíduo está inserido, suas dificuldades e anseios, a fim de que a equipe de saúde realize uma abordagem especial para cada caso, minimizando, assim, os entraves no processo de atenção à TB, dando-lhe condições de



subsistência mínimas e facilitando sua assistência e seu transporte para se submeter ao tratamento

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009

BARRÊTO, Anne Jaquelyne Roque et al. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev Bras Enfermagem**, João Pessoa, p.847-853, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: a mortalidade em**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. **Acta Paul Enferm**, Maringá, v. 28, p.19-25, 2015

MACIEL, Ethel Leonor Noia. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.1-2, jun. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim epidemiológico**, v. 45, n. 2, p.1-12, 2014.

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al . O sistema de informação e o controle da tuberculose nos municípios prioritários da Paraíba - Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 125-131, Mar. 2009.

OBLITAS, Musayón Flor et al. O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão sob a perspectiva da equidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, pp. 1-9, 2010.

OLIVEIRA, Déborah Raquel Carvalho de. **A prática do enfermeiro da atenção primária a saúde nas consultas ao paciente com tuberculose**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

PEDRO, Alexandre San; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, p.294-301, 2013.

QUEIROGA, Talita Pereira de et al. Papel da enfermagem ao idoso portador da tuberculose: relato de experiência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Campina Grande. **4º CIEH**. Campina Grande: Realize Eventos & Editora, 2015. p. 1 - 4

RÊGO, Clara Ceci Diógenes et al. PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO A PESSOA COM TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.218-228, 28 set. 2015.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**, 2007. Disponível em: . Acesso em: 18/08/2015

SANTOS, Wenysson Noletodos. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **J Manag Prim Health Care**, Piauí, v. 5, n. 2, p.153-158, 2014.

SCATOLIN, Beatriz Estuque et al. Active case finding: community health workers' activity related to tuberculosis control in a large city, brazil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.261-269, jun. 2014.

SOTGIU, Giovanni et al. The ERS-endorsed official ATS/CDC/IDSA clinical practice guidelines on treatment of drug-susceptible tuberculosis. **European Respiratory Journal**, [s.l.], v. 48, n. 4, p.963-971, 1 set. 2016.

SERRAS, Catarina Gaspar Lobato. **Tuberculose: Novas Abordagens Terapêuticas**. 2016. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Farmácia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

SILVA SOBRINHO, Reinaldo Antonio et al. Conhecimento de enfermeiros de unidades de atenção básica acerca da tuberculose. **Cogitare Enfermagem**, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, v. 19, p.34-40, 2013.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, p.874-882, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bending the curve - ending TB**: Annual report 2017. India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2017.

# ORIENTAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

## NURSING AND ADVOCACY OF SEXUALITY AMONG ADOLESCENTS IN THE SCHOOL ENVIRONMENT

Maria Solange Melo<sup>1</sup>  
Karelline Izaltemberg V. Rosenstock<sup>2</sup>  
Patrícia Tavares de Lima<sup>3</sup>  
Daniel Dal Bó<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A educação em sexualidade deve ser entendida como um processo de intervenção pedagógica que tem como objetivo transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, atuação de profissionais de saúde inseridos no ambiente escolar, é um tema discutido há bastante tempo, mostrando a necessidade de políticas que priorizem a educação sexual no âmbito familiar e escolar. Para tanto vale salientar a importância de estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na abordagem da sexualidade na adolescência no âmbito escolar. **Objetivo:** Discutir a relevância das ações do enfermeiro relacionadas ao ensino-aprendizagem na abordagem da sexualidade entre adolescentes no ambiente escolar com base na literatura científica da área. **Metodologia:** Este estudo apresenta abordagem metodológica de pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva a partir de uma pesquisa bibliográfica. **Resultados e discussões:** Os pais e educadores não podem abrir mão da responsabilidade de educação sexual, estes podem ter influências decisivas na formação moral e ética do adolescente. O enfermeiro tem um papel importante como mediador das ações multidisciplinares voltadas à temática em questão, portanto acredita-se na capacidade deste profissional, pois o mesmo detém de informações relevantes sobre o assunto, englobando a importância do conhecimento. **Considerações finais:** Foi evidenciado através da literatura apresentada, como a presença do enfermeiro é fundamental no ambiente escolar, visto que é durante este período da vida que há a formação física e intelectual da criança e adolescente e a falta de informações podem gerar prejuízos futuros a estes indivíduos em formação. Desta forma, a presença destes profissionais em saúde torna-se indispensável no que tange a saúde escolar, na busca de prevenir doenças e principalmente promover saúde.

**Palavras-chaves:** Enfermagem. Sexualidade. Adolescência.

### ABSTRACT

---

<sup>1</sup>Graduanda do curso Bacharel em Enfermagem do Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP. E-mail: solange.lifejp@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde. Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP. Telefone: (83) 99605-9373. Email: karellineivr@gmail.com. Link do currículo: <http://lattes.cnpq.br/4905689659345003>

<sup>3</sup>Docente do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP.

**Introduction:** Sexuality education should be understood as a process of pedagogical intervention that aims to transmit information and problematic issues related to sexuality, the work of health professionals inserted in the school environment, is a topic discussed for a long time, showing the need of policies that prioritize sex education within the family and school environment. Therefore, it is worth stressing the importance of strategies used by health professionals in the approach to sexuality in adolescence in the school context. **Objective:** To discuss the relevance of nurse-related teaching-learning actions in the approach to sexuality among adolescents in the school environment based on the scientific literature of the area. **Methodology:** This study presents methodological approach of qualitative, exploratory and descriptive research based on a bibliographic research. **Results and discussion:** Parents and educators cannot give up the responsibility for sex education, which can have a decisive influence on the moral and ethical formation of adolescents. The nurse has an important role as mediator of the multidisciplinary actions focused on the subject in question, therefore it is believed in the capacity of this professional, since it has relevant information about the subject, encompassing the importance of knowledge. **Final considerations:** It was evidenced through the literature presented, as the presence of the nurse is fundamental in the school environment, since it is during this period of life that there is the physical and intellectual formation of the child and adolescent and the lack of information can generate future damages to these individuals in training. Thus, the presence of these professionals in health becomes indispensable in regard to school health, in the search to prevent diseases and especially to promote health.

**Key-words:** Nursing. Sexuality. Adolescence.

## 1 INTRODUÇÃO

Orientação Sexual é todo o processo informal pelo qual aprendemos sobre sexualidade ao longo da vida, seja através da família, da religião, da comunidade, dos livros ou da mídia. A compreensão da sexualidade pelos adolescentes ainda é insatisfatória em termos da sua definição. Na prática, a Orientação Sexual é um processo de intervenção sistematizado, planejado e intencional, em que há uma oportunidade de acolhimento e reflexão das dúvidas, valores, atitudes, informações, posturas, contribuindo para a vivência da sexualidade de forma responsável e prazerosa (SANTOS, 2011).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2009 cerca de 22% dos adolescentes revelaram ter iniciado a atividade sexual aos 15 anos de idade, e que a iniciação sexual precoce está associada ao não uso, ou uso inadequado de preservativos e suas consequências (BRASIL, 2011). Segundo o

Ministério da Saúde (2011), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) na Paraíba registrou a proporção de 20,32 % de nascidos vivos de mães adolescentes no período de 2011.

Desse modo, envolver profissionais de enfermagem em atividades de educação em saúde na escola pode contribuir para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como também gravidez indesejada entre adolescentes. A orientação sexual de enfermagem procura preencher lacunas às dificuldades que as crianças e jovens apresentam, proporcionando informações atualizadas do ponto de vista científico, dando-lhes a oportunidade de formarem opiniões do que lhes é apresentado, desenvolvendo atitudes coerentes com os valores que eles elegerem como seus, ampliando conhecimentos a respeito da sexualidade humana, combatendo tabus, preconceitos, abrindo espaços para discussões de emoções e valores, elementos fundamentais para a formação de indivíduos responsáveis e conscientes de suas capacidades (BRASIL, 2006).

A Orientação Sexual na escola não pretende substituir, nem tão pouco competir com a função da família como papel de educadores, mas a enfermagem pode realizar um trabalho em conjunto com os professores e com a família para buscar meios que possam amenizar os casos de doenças sexualmente transmissíveis e/ou uma gravidez indesejada.

Esse tema deve ser tratado na escola abordando a questão dos direitos sexuais, mas alertando para a importância da responsabilidade e da necessidade da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Para tanto, é necessário que gestores, profissionais da área da saúde, da educação e toda comunidade escolar assumam esse compromisso de maneira pedagógica, sem passar por cima de valores e culturas familiares (PEREIRA, 2012).

A realização de atividades educativas na temática do exercício da sexualidade, pautadas principalmente na discussão e reflexão da realidade dos adolescentes, é uma das estratégias mais adequadas para a prevenção de doenças e adoção de comportamentos e práticas sexuais mais saudáveis. Nesse contexto, o enfermeiro pode utilizar as ferramentas da Educação em Saúde para atuar no exercício da sexualidade, promovendo assim melhorias na qualidade de vida dessa população (CASTRO, et al, 2012).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é identificar na literatura as perspectivas de atuação do enfermeiro na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar.

## **2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Este estudo tem uma abordagem metodológica de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória a partir de uma pesquisa bibliográfica. Para Demo (2000), a pesquisa qualitativa é entendida tanto como procedimento de fabricação do conhecimento, quanto como procedimento de aprendizagem (princípio científico e educativo), sendo parte integrante de todo processo reconstrutivo de conhecimento tornando-se conveniente para compreender os aspectos subjetivos envolvidos.

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar, esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A pesquisa bibliográfica se propõe à análise das diversas posições acerca de um problema (GIL, 2007; TRIVIÑOS, 1987).

A realização deste estudo se assegura em literaturas estruturadas, a partir de artigos e publicações indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para selecionar o material serão utilizados os seguintes descritores: Enfermagem. Sexualidade. Adolescência. A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre de 2018.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados selecionadas para o estudo proporcionou a verificação de 101.000 resultados com o tema abordado, sendo 2.700 em português, obtendo a aquisição de 582 estudos científicos compreendidos no ano de 2012 a 2018, dos quais apenas 20 compuseram a amostra final desta revisão, sendo 14 artigos científicos publicados em periódicos e 6 dissertações de mestrado. Mediante a análise dos estudos com a utilização do instrumento apropriado e elaborado exclusivamente para este estudo, todos os aspectos abordados serão descritos a seguir.

Os autores apontam que as questões relativas à sexualidade surgiram com a própria humanidade e vêm sendo discutidas da idade antiga até nossos dias. Sempre de acordo com as concepções que as pessoas têm, nas diferentes épocas e sociedades, o que impõe às pessoas padrões, valores e regras construídas ao longo do processo histórico-cultural. O tratamento da sexualidade visa permitir ao aluno encontrar na escola um espaço de informação e de formação, no que diz respeito às questões do seu momento de desenvolvimento e às questões que o ambiente coloca. O que predomina ainda é a polêmica que o assunto causa, já que desperta questões de ordem científica, religiosa e moral (FERNANDES, 2012; MARTINS et al, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, sendo o período intermediário entre a infância e a idade adulta. Esse período se caracteriza pela busca individual da iniciação, ou seja, a passagem da infância que não acabou para uma maturidade que não foi assumida. Para Figueiredo (2013, p. 49):

A adolescência pode ser dividida em 3 fases: **Adolescência inicial** (10 a 13 anos), fase esta em que há o ajuste ao processo da puberdade, entendida como um processo hormonal caracterizado por comportamento que expressa dúvidas, incertezas, curiosidade, raciocínio ainda concreto, autoerotismo e formação de grupos unissexuais. **Adolescência média** (14 a 16 anos) tornam-se heterossexuais, a imagem corporal consolida-se, marcada pela insatisfação, tem lugar a contestação, o egocentrismo e o pensamento abstrato. Fase marcada por namoros com experiências sexuais. **Adolescência final** (17 a 20 anos), estabilização da identidade, da ideologia pessoal e da autoimagem; as relações tornam-se mais profundas e significativas, a opção profissional se faz necessária. Ampliam-se os interesses, o idealismo e o altruísmo. Prevalece o relacionamento a dois ao relacionamento com o grupo.

Os jovens ainda atribuem ao sexo e à sexualidade a mesma significância, ligando-os a função reprodutora e de perpetuação da espécie. Como reflexo disso, os mesmo apresentam dificuldades em identificar suas próprias percepções sobre o tema. Vale salientar que a sexualidade engloba não somente o ato sexual, sendo também um processo particular, ocorrido através do corpo, da experiência, da troca, da procura, estando presente desde a concepção, sendo considerado elemento essencial para a saúde e a qualidade de vida; dessa forma deve ser vivida de forma completa e saudável já desde a infância (AGUIAR, 2014; BACKES, et al, 2012).

A maioria dos adolescentes passa seu tempo na escola onde começam a se sociabilizar, aflorando sua sexualidade devido ao desenvolvimento corporal gerado pelos hormônios. A escola é o ambiente onde a interação com o mundo ao redor e

com as pessoas que o cercam acontece. Depois do ambiente familiar é a escola que complementa a educação dada pela família onde são abordados temas mais complexos que no dia-a-dia não são ensinados e aprendidos tendo esta uma imensa responsabilidade na formação afetiva e emocional de seus alunos. Os aspectos da sexualidade vão se acentuando e mesmo que pais ou educadores não mecionem sobre o assunto, o silêncio define o que é certo ou o que é errado, o que é proibido ou não. O problema é que na fase da adolescência, a personalidade social ainda não está consolidada e o adolescente está à procura de si mesmo e da condição adulta (BACKES, et al, 2012; PEREIRA, 2012).

No começo da vida sexual, é necessário que o jovem detenha de um apoio que possa estimular a compreensão do sexo, da sexualidade, do domínio do seu corpo biológico e social, assegurando habilidades e comportamentos livres de riscos, contribuindo para sua auto-estima e afetividade, nesse contexto, se faz preciso uma interação entre escola e saúde para ambos direcionem o conhecimento ao adolescente (FUGITA, LANDINI; 2012).

A sexualidade se insere nesse processo, sobretudo, como um elemento estruturador da identidade do adolescente. No entanto, muitos pais têm dificuldade, e até vergonha, de falar sobre sexo com seus filhos, seja devido à educação e aos exemplos que vivenciaram ou pelo desconhecimento acerca do uso correto de preservativos e contraceptivos. Nesse sentido, mostra-se pertinente trabalhar ações de educação em saúde com adolescentes, levantando seus focos de interesse e considerando nessas estratégias as fases de desenvolvimento, as diferenças culturais e as crenças religiosas dos participantes (FERNANDES, 2012).

Neste sentido, a educação sexual compreende toda ação ensino-aprendizagem sobre a sexualidade humana, considerando o conhecimento de informações básicas, discussões e reflexões de valores, sentimentos, normas e as atitudes ligadas à vida sexual. Neste sentido, a educação sexual é denominada emancipatória, por estar comprometida com a transformação social, onde o indivíduo necessita desenvolver sua autonomia com as questões ligadas aos valores e comportamentos sexuais. A escola é uma instituição de grande importância na vida dos adolescentes, pois é o primeiro espaço fora de casa, do ambiente da família, é um local onde as crianças se inserem e a partir daí tem um envolvimento ou enriquecimento na sua formação e na sua identidade pessoal, além de proporcionar



uma rede de relações interpessoais (JONES, HUNTER; 2015; OLIVEIRA; BISPO, 2012). Neste contexto:

O trabalho de orientação sexual deverá, portanto, se dar de duas formas: dentro da programação da escola, por meio dos conteúdos já transversalizados nas diferentes áreas do currículo, e extraprogramação, sempre que surgirem questões relacionadas ao tema (BRASIL, 1997,p.129).

Na conceituação, a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favorecem a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não podemos entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida. Educação em saúde nada mais é que o exercício de construção da cidadania, colocando-a em evidência na promoção da saúde. A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (CARNEIRO, et al, 2012; FIGUEIREDO, 2013).

A abordagem desse tema no ambiente escolar ainda é limitada e voltada apenas para o ensino de questões pertinentes a biologia dos corpos, anatomia e reprodução humana, limitando-se a informações básicas e a métodos contraceptivos. Na ausência dos pais, o papel da escola e de profissionais da saúde torna-se decisivo, principalmente para esclarecer de questões ligadas a essa temática. O ensino em saúde constitui um dos componentes vitais no cuidado de enfermagem, pois esta é dotada de capacidade para desenvolver práticas educativas culturais individuais e coletivas capazes de garantir ao ser adolescente o exercício de sua sexualidade de forma plena, saudável e responsável. A atitude de educar mesma surge como importante aliada da família e do adolescente, fornecendo esclarecimentos, aconselhamentos e trocas de ideias (BESERRA et al, 2014; BRÊTAS, PEREIRA; 2013).

Nessa perspectiva, a educação em saúde é um dos principais instrumentos para proporcionar a promoção da saúde na atenção primária do Brasil, sendo uma ferramenta fundamental para o processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde, através da estimulação do autocuidado de cada

indivíduo, da comunidade, com a finalidade de promover a reflexão que acarrete em modificações nas atitudes e mudanças de práticas dos usuários (ROECKER, et al, 2012).

Como contexto das práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, como também podem ser informais, desenvolvida nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas (VILLAS BOAS, 2008).

Segundo relatos dos professores, os profissionais da área da saúde são incumbidos de ministrar as palestras e as orientações sobre sexualidade, sendo assim, estes são grandes aliados dos docentes, no sentido de conscientizá-los e capacitá-los. Outros métodos de orientar sobre sexualidade é demonstrar aos adolescentes que a sexualidade não é sinônimo de sexo ou atividade sexual, e sim transmitir conhecimentos de como se prevenir das DST's e de gravidez indesejada. O cuidado de enfermagem, função precípua da equipe de enfermagem e, em especial, do enfermeiro, tem como foco o atendimento às necessidades biopsicosocioespirituais do ser humano, individualmente ou em ambiente coletivo. Tem como o objetivo promover, recuperar e reabilitar a saúde, assim como prevenir doenças. Assim, o cuidado de enfermagem se constituiu em ações com intenção terapêutica, uma vez que visa à resolução de problemas ou atendimento às necessidades do indivíduo, da família e/ou da comunidade (BRASIL, 2006; MELO, et al, 2013).

O modelo emergente de educação em saúde pode ser referido como modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. O usuário dos serviços é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. De acordo com Villas Boas (2008), em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados. A enfermagem tem na ação educativa um de seus eixos norteadores que se concretiza nos vários espaços de realização das práticas de enfermagem em geral, especialmente no campo da saúde pública, sejam elas desenvolvidas em comunidades, serviços de saúde, vinculados ou não, à atenção básica, escolas, creches, e outros locais. Isso implica pensar a ação

educativa como eixo fundamental para a formação profissional no que se refere ao cuidado de enfermagem em saúde pública e a necessidade de identificar ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática (ALVES, 2011).

Os autores apontam que a abordagem da sexualidade na escola por meio da enfermagem visa permitir ao aluno encontrar um espaço de informação e de formação, no que diz respeito às questões do seu momento de desenvolvimento. Visto que a sexualidade não se restringe ao aspecto reprodutivo da sexualidade humana, esse período abrange os aspectos fisiológicos e anatômicos. O profissional enfermeiro em sua competência relacionada ao ensino aprendizagem se torna eficaz na motivação de habilidades necessárias, portanto acredita-se na capacidade deste profissional para transmitir informação e apostar na responsabilidade de conscientizá-los e por meio deste fazer com que transformem a realidade da saúde através de ação educativa (ANDRADE et al, 2012; SILVA, SENA, 2015).

Diante desta perspectiva, a literatura indica que a formação do enfermeiro deve fornecer subsídios para que o mesmo atue nas escolas, por meio de oficinas com temas como saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e outros pertinentes a temática. Além disso, este pode atuar como importante ferramenta na capacitação de profissionais, na orientação aos pais e na adesão da família. O trabalho multidisciplinar exerce atuação de qualidade na esfera profissional (MELO, et al, 2013).

Quando analisado o tema sexualidade no ambiente escolar, as salas de aula são espaços estratégicos para a promoção da saúde e sabendo que a comunidade escolar cria e recria inúmeras possibilidades de organizar melhorias para sua qualidade de vida, que precisam ser reconhecidas e valorizadas no que se diz a produzir e promover a saúde no coletivo. A escola representa um importante espaço, propício a discussão sobre educação sexual, com base no conceito de saúde como qualidade de vida, desse modo, cabe à escola desenvolver ação crítica, reflexiva e educativa e não se tornar alheia aos problemas envolvendo a sexualidade, pois é inevitável que tais questões surjam a todo momento, nessa conjuntura que os profissionais de saúde se insere neste contexto, pois há necessidade de uma união entre educação/saúde, para transpor o conhecimento.

A orientação sexual, em específico na realidade da escola pública brasileira, tem recebido pouca atenção das políticas governamentais e educacionais. Apesar de a Lei das Diretrizes e Bases da Educação (LDB) regulamentar que é dever da

família e, sobretudo, do Estado favorecer o pleno desenvolvimento do educando. Os Parâmetros Curriculares Nacionais, publicados pelo Ministério da Educação incluem a orientação sexual dentre os temas transversais nas diversas áreas do conhecimento, visando impregnar toda a prática educativa com as questões da orientação sexual. A família é o contexto ideal para formação desses indivíduos, por se configurar historicamente, no principal meio de aquisição de valores necessários para se viver em sociedade. No entanto, a forma como isso ocorre depende em muito das peculiaridades de cada família, que pode sentir-se despreparada para a abordagem do tema. Cabe, então, a atuação de profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, junto ao adolescente, na família e escola, contribuindo para sanar tais dificuldades (BRASIL, 2000; RIBEIRO, 2014).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o enfermeiro realiza assistência curativa e preventiva através de palestras e evento destinado as mais variados temas relevantes a saúde. Durante atuação na área profissional o enfermeiro tem como foco a promoção, prevenção e manutenção da saúde. Inserindo estes aspectos no campo escolar torna-se de grande importância a atuação do enfermeiro, pois trata-se de um local onde crianças e adolescente tem seu senso crítico, moral, ético, e hábitos de saúde básicos para com a manutenção de sua própria saúde e para o ambiente em que vivem. Várias temáticas podem ser trabalhadas com os alunos, entre eles o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, observando e orientando sobre as transformações que acontecem em cada fase, e diante de cada uma destas são proporcionadas orientações pertinentes a sexualidade, dentre outros assuntos (DAVID, ACIOLI; 2012; VILLAS BOAS, 2008).

Nesse sentido, a partir dos achados na literatura foi elaborado um plano de aula a ser implementado pelo enfermeiro apresentado no Quadro 1 abordando o tema Sexualidade na Adolescência.

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVOS DA AULA</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer a relevância da sexualidade em nossa vida.</li> <li>• Discutir e aprofundar os conhecimentos sobre sexualidade.</li> <li>• Desenvolver nos alunos o respeito pelo corpo (próprio e o do outro).</li> </ul>                                                                                                        |
| <b>METODOLOGIA</b>       | Apresentação do tema por meio de aula expositiva e perguntas que promovam o debate. A sexualidade está sempre presente em nossa vida, desde a concepção de um novo ser, até a fase adulta. Se faz necessário que esse tema seja discutido e transferido de forma clara, sem preconceitos, com naturalidade, pois ele faz parte de nossa vida, de nossas descobertas e |

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | conquistas. Através de perguntas e respostas serão esclarecidas possíveis dúvidas dos alunos frente a temática.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>MATERIAIS</b>   | Urna (caixa de sapato encapada, com uma fenda na tampa).<br>Folhas de ofício..<br>Lápis e/ou caneta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ESTRATÉGIAS</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dizer aos alunos que ocorrerá uma ampla discussão sobre sexualidade e que esta poderá ser aprofundada (de acordo com os temas pelos quais a sala apresentar maior interesse). Para isso, eles utilizarão folhas de sulfite, nas quais escreverão suas possíveis dúvidas e/ou sugestões;</li> <li>• O enfermeiro deverá combinar com os alunos um tempo específico para a redação das questões a serem colocadas na urna;</li> <li>• Após o prazo estabelecido, o enfermeiro ressaltará a importância da discussão, enfatizando a não utilização de nomes pejorativos, bem como a não exposição de colegas da sala;</li> <li>• A atividade se iniciará retirando um papel da caixa e lendo o questionamento ou sugestão. Em seguida, o enfermeiro devolve o questionamento para a sala, procedendo assim até o final, a fim de que a resposta seja uma produção coletiva, de todo o grupo, o que permitirá o surgimento das discussões.</li> </ul> |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Quadro 1 - Plano de aula a ser implementado pelo enfermeiro abordando o tema: Sexualidade na Adolescência.**

A abordagem desta apresentação da-se inicialmente pela comunicação oral através de slides, que são ferramentas importantes para expressar os pensamentos e transmitir mensagens, sendo os “auxílios audiovisuais são usados para ilustrar, esclarecer e simplificar as apresentações; eles são essenciais apenas quando você está discutindo materiais altamente complexos que não poderiam ser compreendidos” (COLMAN, 2013, p. 57).

Nesta perspectiva, a educação caminha intimamente com a escola e o profissional que exercita sua função neste espaço social contribui para sua socialização, trazendo em seu bojo fundamentos e benefícios. Quanto à essência do papel do educador, parte-se do pressuposto de que a escola, como esfera pública democrática, possibilita a capacidade de pais, alunos e educadores para compartilharem a busca de soluções para os problemas da escola (PRAXEDES, 2012).

Portanto, a prática do profissional Enfermeiro no contexto escolar contribui para a integração na educação em saúde, engloba assuntos de interesse dos estudantes e colabora com as escolas, o que torna a comunidade mais próxima das instituições de ensino superior e unidas por um interesse social comum, de desenvolvimento e prevenção.

Assim, ao enfermeiro cabe desenvolver práticas educativas participativas, que possam englobar a família, suas singularidades e preceitos, considerando o contexto histórico, político, econômico e sociocultural, e, assim, propiciar a troca de informações e experiências, valorizando sempre as vivências dos adolescentes. Neste caso, o enfermeiro é um profissional capacitado para realizar o preenchimento destas lacunas na formação do conhecimento em saúde nos indivíduos, desempenhando a função de educador em saúde (FERNANDES, 2012).

Apesar de ser conhecida a importância do desenvolvimento de atividades educativas e a contribuição do enfermeiro nesse processo, surge uma inquietação sobre o enfoque educativo com base nas necessidades dos sujeitos: percebe-se, frequentemente na prática, que priorizam-se as ações terapêuticas medicamentosas e administrativas em detrimento das ações educativas, apesar de serem complementares, uma vez que são imprescindíveis no processo terapêutico. O enfermeiro em sua competência relacionada ao ensino-aprendizagem se tornar eficaz na motivação de uma habilidade necessária, portanto acredita-se na capacidade deste profissional para transformar a realidade da saúde através da sua ação educativa (ACIOLI, 2011; FERNANDES, 2012; PERES, 2010).

É de suma que o enfermeiro realize estratégias de educação em saúde, pois é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e qualidade de vida, valorizando a história de vida da população, estimulando a autoconfiança, praticando a solidariedade e desenvolvendo atitudes e práticas de cidadania, expandindo o conhecimento científico para cooperar na construção de um pensamento mais crítico.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi evidenciado através da literatura apresentada, como a presença do enfermeiro é fundamental no ambiente escolar, visto que é durante este período da vida que há a formação física e intelectual da criança e adolescente e a falta de informações podem gerar prejuízos futuros a estes indivíduos em formação. Desta forma, a presença destes profissionais em saúde torna-se indispensável no que tange a saúde escolar, na busca de prevenir doenças e principalmente promover saúde.

Normalmente o que ocorre nas escolas, que se preocupam com a problemática emergente que envolve a adolescência e a sexualidade, são trabalhos

de orientação sexual que buscam sanar questões corriqueiras no contexto escolar, porém essas medidas são insuficientes, visto que, a educação é um processo contínuo, e não pode ser subentendida como caso isolado e de fácil resolução.

A adolescência é considerada uma fase de tensão e descoberta devido às inúmeras transformações físicas e biológicas concomitantes às psicológicas e sociais, próprias da fase. É em meio a todas essas transformações que ocorre o despertar da sexualidade, parte da personalidade de cada ser humano e uma necessidade básica que deve ser abordada junto a outros aspectos relevantes da vida.

É nessa conjuntura que ressalta a necessidade de esclarecimentos aos jovens sobre saúde e sexualidade, visando à sua proteção e prevenção de agravos à saúde e à vida. Nesse contexto, salienta-se a importância da atuação de profissionais das escolas e da equipe de saúde, por meio de oficinas educativas que abordem temas como saúde sexual e reprodutiva para os adolescentes.

Consumando, a abordagem médica busca assegurar a saúde sexual do indivíduo assim como de todos que estão a sua volta, dando ênfase à ação terapêutica e aos programas preventivos de saúde pública. Na abordagem pedagógica o foco encontra-se no processo de ensino e aprendizagem dos conteúdos básicos da sexualidade, considerando também o aspecto formativo e o desenvolvimento do educando, onde a educação sexual prepara o indivíduo para viver bem a sua sexualidade.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.** 2011 jan./fev;61(1):117-21

AGUIAR, C. A importância da enfermagem na orientação sexual de adolescentes no ambiente escolar. **FACIDER - Revista Científica**, 2014.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic.** set.2011/fev.2005;9(16):39-52.

ANDRADE, S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-36, 2012.

BACKES, D. S. et al, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.223-230, 2012.

BESERRA, E.P, et al. Ação educativa na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Esc **Ann Nery Rev Enferm** ., v. 12, n.3, p. 522-28, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 104p.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Pluralidade Cultural e Orientação Sexual. Temas Transversais**. Secretaria de Educação Fundamental. Rio de Janeiro: DP&A, 1997. 164p.

\_\_\_\_\_. **Pluralidade cultural: orientação sexual** /Secretaria de Educação Fundamental. Rio de Janeiro: DP & A; 2006.

BRÊTAS, J.R.S, PEREIRA, S.R. Projeto de Extensão Universitária: um espaço para formação profissional e promoção da saúde. **Trabalho Educ Saúde**. 2013.5(2):317-27.

CARNEIRO ACLL et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev. Panam Salud Publica**. 2012. 31(2):115–20.

CASTRO,A,. Avaliação da educação sexual relacionadas ao hiv/aids entre adolescentes da região metropolitana de Recife-PE. **Rev.Enferm. UFPE**. 2012;1(2):203- 12.

COLMAN, F. T. **Tudo que o Enfermeiro precisa saber sobre treinamento**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

COSTA, I.,S. **Análise da formação e da prática em educação sexual de professores/as de ciências e biologia de escolas estaduais de Macapá/AP**. (Dissertação de mestrado).UNESP. Araraquara. São Paulo. 2016.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 127-31, jan/fev. 2012.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.



FACHINI, M. A. **A sexualidade de crianças e adolescentes vivendo com HIV: matrizes históricas e filosóficas das políticas públicas de educação e saúde.** 2013. 124 p. (Dissertação Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP.

FERNANDES, C. N. S. Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. **Revista latino americano de Enfermagem**, vol. 12, n. 4, p. 691- 3, 2012.

FERREIRA, G.R. **Cursos de formação continuada em educação sexual que empregam as tecnologias digitais.** (Dissertação de mestrado). UNESP. Araraquara. São Paulo. 2015 Brasil

FIGUEIREDO, N. M. A de. **Ensinando a Cuidar da Criança.** São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2013

FUGITA, JALM; LANDINI, T. S. Conhecimentos de discentes de enfermagem sobre violência sexual contra crianças e adolescentes. **Cogitare Enferm**, v.17, n.4, p.784-5, out./dez. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JONES, J.; HUNTER, D. **Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde.** In: POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 51-60.

MARTINS, A. S, et al. Promoção da Saúde do Adolescente em Ambiente Escolar. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 16, n. 1, p. 112-116, 2013.

MELLO, V.P, et al. Adolescência sexualidade e gênero: possibilidades das oficinas de trabalho crítico-emancipatórias. **REME rev min enferm.** 2013; 12(3): 390-5.

OLIVEIRA, M.E.P.T.; BISPO, G.M.B. Percepção do adolescente acerca do acolhimento na unidade básica de saúde. **Rev. Nursing**, São Paulo- SP, v. 14, n. 164, p. 37 – 42, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Young People's Health - a Challenge for Society.** Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 2011.

PERES, L.A. **Funções do enfermeiro numa unidade básica de saúde.** Hospital Virtual - Universidade Estadual de Campinas. 2010. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/atrenf.html>> Acesso em: 05 nov. 2018.

PEREIRA, M. **A relação entre pais e professores**: uma construção de proximidade para uma escola de sucesso. (Tese de Doutorado). Licenciatura em Educação de Infância e Professora do 1º Ciclo. Universidade de Málaga. 2012.

PEREIRA, C. **A sexualidade na adolescência, os valores hierárquicos e igualitários na construção da identidade e das relações afetivo-sexuais dos adolescentes**(Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública, Outubro, 2012.

PRAXEDES, W. L. A. **Introdução a Antropologia**. Maringá: EDUEM - Editora da Universidade Estadual de Maringá, 2012, p. 109- 125.

RIBEIRO, P. R. M. **Sexualidade e educação sexual**: aproximações necessárias. São Paulo: Arte e Ciência, 2014. p.15-25.

ROECKER S, et al. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm USP**. 2012. 46(3):641-49.

SANTOS, M.A. **Orientação Sexual no 1º e 2º ciclos do ensino fundamental**: uma realidade distante? (Monografia - licenciatura em pedagogia). Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2011.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2015.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, N. F. C.; et al. Sexualidade, DST/AIDS e Adolescência: não quero falar, tenho vergonha. **J. Bras. Doenças Sex. Transmissíveis**, v.13, n.4, p. 46-51, 2001.

VILLAS BOAS, L.M.F.M, et al. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Rev. Ciênc saúde coletiva**. v.3, n.4, p.1355-60, 2008.