

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO**

# **CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Organizadoras  
Cláudia Zamberlan  
Hilda Maria Barbosa de Freitas

## **Comissão Editorial**

Carla Lizandra de Lima Ferreira  
Crhis Neto de Brum  
Grassele Denardini Facin Diefenbach  
Jacqueline Sallette Dei Svaldi

## **Coordenação Editorial**

Salette Mafalda Marchi

## **Capa**

Letícia Ribeiro de Oliveira

## **Projeto Gráfico**

João Paulo Stefanello Vestena

## **Diagramação**

Lucio Pozzobon de Moraes

## **Revisão**

Cristine Costa Rodrigues  
Janette Mariano Godois

## **Secretaria**

Cinara de Cássia Paze Valente

T758	Trabalho final de graduação : contribuições para o cuidado de enfermagem / organizadoras Cláudia Zamberlan, Hilda Maria Barbosa de Freitas - Santa Maria : Centro Universitário Franciscano, 2015. 304 p. : il. ; 15 x 21 cm  ISBN: 978-85-7909-054-7  1.Enfermagem I.Zamberlan, Cláudia II.Freitas, Hilda Maria Barbosa de  CDU 616-083
------	---

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária Eunice de Olivera – CRB 10/1491

---

**Nota:** Muito zelo e técnica foram empregados na edição desta obra. No entanto, podem ocorrer erros de digitação, impressão ou dúvida conceitual. Em qualquer das hipóteses, solicitamos a comunicação pelo e-mail [editora@unifra.br](mailto:editora@unifra.br). Nem a editora nem o autor assumem qualquer responsabilidade por eventuais danos ou perdas a pessoas ou bens, originados do uso desta publicação.

---

## SUMÁRIO

9

### **PREFÁCIO**

11

### **MARKETING PROFISSIONAL E VISIBILIDADE SOCIAL NA ENFERMAGEM: VISÃO DOS ENFERMEIROS**

Andressa de Oliveira Zambrano

Adriana Dall'Asta Pereira

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Dirce Stein Backes

27

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE LUTO POR PERDA FETAL**

Josciélen Caetano Rosa

Claudia Maria Gabert Diaz

Maria Helena Ghelen

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Simone Barbosa Pereira

39

### **INCLUSÃO DE DEFICIENTES AUDITIVOS E SURDOS EM HEMOCENTRO**

Juliana Trevisan Casarin

Carla Kowalski Marzari

Michelle Pereira Quinhones

Dirce Stein Backes

Michelle Araújo da Silva Gracioli

55

### **REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DAS TRAVESTIS: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Elisa Flores

Martha Helena Souza

Maria Helena Gehlen

Rosiane Filipin Rangel

69

**ENFERMAGEM NA SALA DE AULA:  
UM ESPAÇO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Barbara Leão de Brum

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Adriana Dall'Asta Pereira

Claudia Maria Gabert Diaz

83

**INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR NO ALEITAMENTO  
MATERNO: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE**

Viviane Queiroz Flain

Claudia Maria Gabert Diaz

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Regina Gema Santini Costenaro

Laurinês Pozzobon

101

**PROTAGONISMO SOCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DE SANTA MARIA - RS**

Katiane Sefrin Speroni

Juliana Silveira Colomé

Karine de Freitas Cáceres Machado

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Cláudia Zamberlan

119

**ENFERMAGEM NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
DE INDIVÍDUOS COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA**

Camila Custódio Guedes

Cláudia Zamberlan

Vanety Silva Rocha

Dirce Beatriz Marquardt Lucio

Mara Glarete Marinho

131

**O ITINERÁRIO DE DEPENDENTES QUÍMICOS:  
DA DESINTOXICAÇÃO QUÍMICA À REINserÇÃO SOCIAL**

Simone Barbosa Pereira

Dirce Stein Backes

Ubalдина Souza

Simone dos Santos Nunes

141

**FATORES PREDISPOENTES PARA A REINTERNAÇÃO  
DOS PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS NA VISÃO  
DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Juliana Pelegrini

Karine de Freitas Cáceres Machado

Juliana Silveira Colomé

Maria Helena Gehlen

153

**A DOR NOS CLIENTES INTERNADOS EM UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO NARRATIVA**

Mariana Comassetto de Aguirre

Dirce Beatriz Marquardt Lucio

Cláudia Zamberlan

Karla Cristiane Oliveira Silva

Simone dos Santos Nunes

171

**ENFERMAGEM E O (AUTO) CUIDADO DE SI EM UTI**

Nidiane Nascimento de Oliveira

Grassele Denardini Facin Diefenbach

Carla Kowalski Marzari

Dirce Stein Backes

Rosiane Filipin Rangel

187

## **QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE MORRER: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UTI**

Zanandria Meichtry Marques

Karla Cristiane Oliveira Silva

Dirce Stein Backes

Regina Gema Santini Costenaro

203

## **SIGNIFICADO DO TRANSPLANTE PARA O PACIENTE RENAL CRÔNICO**

Cibele Filipin da Rosa

Elenice Spagnolo Martins

Macilene Regina Pauletto

Cláudia Zamberlan

Simone dos Santos Nunes

215

## **O BRINQUEDO COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Aline Costa Lopes

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Crhis Netto de Brum

Circéa Amália Ribeiro

Carla Lizandra de Lima Ferreira

231

## **IMPLICAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Jéssica Torres Grasel

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Circéa Amália Ribeiro

Crhis Netto de Brum

Rosiane Filipin Rangel

247

### **PAIS VIVENCIANDO O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NO FILHO**

Franciéli Fontoura Schirmann

Jean Pierre Paraboni Ilha

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Adriana Dall' Asta Pereira

Simone dos Santos Nunes

263

### **CUIDADO HUMANIZADO NO CONTEXTO HOSPITALAR SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Silvana Matiollo

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Karla Cristiane Oliveira Silva

Claudia Maria Gabert Diaz

277

### **A RELAÇÃO ENTRE MOTIVAÇÃO, SATISFAÇÃO E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO**

Gabriéli Gazolla Favarin

Maria Helena Gehlen

Dirce Stein Backes

Karine de Freitas Cáceres Machado

Hilda Maria Barbosa de Freitas

289

### **MINICURRÍCULOS**



## PREFÁCIO

Os cursos de graduação do Centro Universitário Franciscano contêm, em suas matrizes curriculares, as disciplinas de Trabalho Final de Graduação denominadas TFG I e TFG II, obrigatórias para todos os alunos.

A decisão de incluir essas disciplinas na matriz curricular é importante, pois elas permitem que o aluno, ao longo do período de sua formação, experiencie a vivência da pesquisa e da extensão e, como consequência, elabore um texto final, escrevendo os resultados dos projetos desenvolvidos.

Nesse sentido, a organização do presente livro é resultado da consolidação e da expansão dos campos da pesquisa e da extensão incorporados ao ensino. Assim, o vasto conjunto de trabalhos que vêm sendo realizados e as reflexões teóricas que tais trabalhos têm propiciado possibilitam reunir algumas contribuições em uma obra de acesso a professores, alunos e profissionais da saúde.

As organizadoras buscaram compor um mosaico representativo das diferentes abordagens metodológicas e perspectivas teóricas que têm dado sustentação ao campo da enfermagem e, além disso, contemplar pesquisas realizadas em diversos contextos. Estes propósitos acabaram por produzir um livro no qual colaboraram professores e alunos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

As questões aqui levantadas e os resultados das pesquisas produzidas poderão ser importantes fontes de consulta para a nova geração de alunos e professores do Curso, além dos profissionais da saúde. Os textos estão escritos em uma linguagem clara e de fácil entendimento para as pessoas interessadas na área.

Boa leitura a todos.

Vanilde Bisognin  
Pró-reitora de Graduação



# MARKETING PROFISSIONAL E VISIBILIDADE SOCIAL NA ENFERMAGEM: VISÃO DOS ENFERMEIROS

---

Andressa de Oliveira Zambrano  
Adriana Dall'Asta Pereira  
Carla Lizandra de Lima Ferreira  
Mara Regina Caino Teixeira Marchiori  
Dirce Stein Backes

## RESUMO

Nesta pesquisa, objetivou-se identificar como o Enfermeiro trabalha a sua imagem, o seu *Marketing* Profissional e sua visibilidade social. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 14 enfermeiros de dois hospitais do município de Santa Maria - RS. Um desses hospitais, com atendimento exclusivo para o Sistema Único de Saúde e outro, com atendimento privado. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas, previamente agendadas, foram realizadas no período de julho a setembro de 2011. Os enfermeiros foram entrevistados no seu local de trabalho, em salas destinadas à reunião nos referidos hospitais. Posteriormente, foi realizada a categorização dos dados por meio da análise de conteúdo, a partir da qual emergiram quatro categorias: O enfermeiro trabalhando sua autoimagem; *Marketing* profissional na enfermagem: uma ferramenta diária em processo de construção; Desconhecimento do *Marketing* Pessoal para o enfermeiro; Visibilidade social na Enfermagem. Percebeu-se que a visão a respeito da enfermagem evoluiu muito comparada à “dualidade” de imagem vivida antigamente por esses profissionais. Os resultados mostraram que, para adquirir maior visibilidade e para interromper as inquietações da “invisibilidade” social, é preciso que cada enfermeiro acredite na sua visibilidade e aprimore o seu trabalho, ou seja, construa a visibilidade por meio do aprofundamento científico, de habilidades e competências relacionadas à política e ética.

**Palavras-chave:** Enfermagem. *Marketing* de serviços de saúde. Autoimagem.

## INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica e científica e a troca de experiências ocorrem cada vez mais rapidamente. Todas essas alterações decorrem dos processos de globalização e desenvolvimento tecnológico, o que provoca alterações pessoal, cultural e organizacional, com a necessidade de busca permanente do conhecimento, da qualidade de produtos e serviços e, conseqüentemente, a busca contínua da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Logo, o grande desafio dos profissionais da enfermagem é promover um esforço contínuo e proativo para manter a profissão atualizada face aos próprios interesses e da organização a que pertencem e da sociedade em geral, o que permite uma troca eficaz de bens, serviços e informação.

O enfermeiro é um profissional que, com todas as suas dimensões, engaja em sua vida o compromisso pelo papel assumido pela enfermagem e, muitas vezes, expõe sua “imagem” no ambiente de trabalho. O conceito de imagem está intimamente ligado à ideia de prestígio social, e sua construção relaciona-se a concepções, sentimentos e atitudes (NAUDERER, 2005).

Para melhor compreensão, é de suma importância a busca do contexto histórico para explicar alguns fatores que influenciaram na imagem desses profissionais. Em um primeiro momento, há uma “dualidade”, pois, por um lado, a enfermagem era exercida por mulheres leigas, mercenárias, subornáveis, prostitutas, por outro, era função de religiosas e senhoras de caridade, devotadas, dedicadas à filantropia, que barganhavam a salvação por meio da prática do cuidar (GENTIL, 2011).

Em contrapartida, no contexto atual, as transformações da imagem do enfermeiro e do setor de saúde estão ocorrendo rapidamente. Dessa forma, cada vez mais, há exigências para o indivíduo que ingressa nessa profissão. No âmbito de enfermagem, a efetividade parece estar associada não só a macro resultados sociais, econômicos e políticos, como também às questões do microespaço referente ao cotidiano. Esse espaço, no qual ocorre a relação do enfermeiro com o usuário e com outros profissionais, constitui e imprime determinadas características no processo de trabalho de enfermagem (ROSSI; SILVA, 2005).

As exigências no contexto moderno estabelecem que o profissional busque ferramentas para aprimorar seu conhecimento e auxiliar em sua atuação. A partir disso, surge o *Marketing* Profissional, que tem como complemento o *Marketing* Pessoal.

Esses dois tipos de *marketing* podem ser definidos como uma estratégia individual para desenvolver contatos e relacionamentos do ponto de vista pessoal e profissional, bem como para dar visibilidade social, como habilidades e competências salientes na perspectiva do reconhecimento por parte de outros (THOMAZ, 2004). O *marketing* associado ao cuidado e, ao mesmo tempo, voltado às diferentes dimensões humanas, traduz uma ação que possibilita a visibilidade do enfermeiro.

Nesse contexto, a conquista da visibilidade social passa, primeiramente, pela própria pessoa, ou seja, pelo *Marketing* Pessoal, para depois projetar para o coletivo no *Marketing* Profissional. O ser enfermeiro necessita ter esse convencimento de que é visível, para então ser visível perante os outros profissionais e a sociedade (CASTANHA; ZAGONEL, 2005).

Logo, fazer *Marketing* é conhecer muito bem as inter-relações de mercado, ou seja, todos os participantes envolvidos em uma equipe, para obter sucesso e condições para um bom funcionamento no ambiente de trabalho. Essa ciência procura responder questões como: Quem são? Como pensam? Que objetivos têm? Como se relacionam entre si? (THOMAZ, 2004).

A figura do enfermeiro é identificada como sendo um profissional desvalorizado socialmente, devido à imagem de que a profissão tem baixa remuneração e é subordinada a outros profissionais, especialmente ao médico (NAUDERER; LIMA, 2005).

No ambiente de trabalho, um dos fatores essenciais para que a visibilidade ocorra positivamente é o enfermeiro estar suficientemente atento ao que acontece ao seu redor, com o intuito de refletir sobre o seu fazer. Dessa forma, é possível construir coletivamente uma profissão mais influente, comprometida e proativa nas próprias decisões.

Ao considerar o descrito, o *Marketing* serve de ferramenta e de orientação, pois não é mais uma opção, mas sim uma condição de

sobrevivência ou, na melhor das hipóteses, uma condição de sucesso (THOMAZ, 2004).

Diante disso, questiona-se: Como o Enfermeiro lida com o *Marketing* Profissional? O Enfermeiro trabalha com sua imagem?

Nesse viés, neste estudo, objetivou-se identificar como o Enfermeiro trabalha a sua imagem, o seu *Marketing* Profissional e a sua visibilidade social.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa justifica-se por permitir incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo, estas últimas, tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas (MINAYO, 2004).

A pesquisa foi realizada em um hospital de médio porte, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e em um hospital de médio porte, de atendimento particular. A amostra consistiu em 14 enfermeiros. Optou-se por trabalhar com esses sujeitos em função do objetivo e da temática abordada. As entrevistas foram realizadas em turnos previamente agendados, no período de julho a setembro de 2011, no local de trabalho de cada participante, em salas destinadas à reunião nos referidos hospitais.

Como critérios de inclusão, foram aceitos todos os enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa, desde que tivessem, no mínimo, um ano de experiência profissional. Foram excluídos os que estavam em férias, com laudo ou atestado de afastamento do labor. Para preservar a identidade dos participantes, eles foram denominados pela letra “E” seguida da numeração correspondente. Como técnica de coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada (MATTOS; LINCOLN, 2005) e audiogravação. A entrevista continha as seguintes questões norteadoras: Você trabalha sua imagem na Enfermagem? De que forma?; Você sabe o que é *Marketing* profissional?; Você trabalha com *Marketing* profissional? E o que você acha desta ferramenta?; Como você trabalha o seu *Marketing* pessoal?; Qual a sua compreensão sobre Visibilidade Social?; Você acha que a Enfermagem tem Visibilidade Social?

Os dados foram organizados, analisados e categorizados por meio das etapas propostas na análise de conteúdo. Primeiro, foi realizada a pré-análise, que consistiu na escolha da entrevista e, após a transcrição, permaneceu como documento a ser analisado. Paralelamente a isso, foram delimitados os objetivos da pesquisa. Nessa fase, a leitura sobre o assunto abordado foi contínua para impregnar com o conteúdo. Juntamente, foram determinadas as unidades de contexto de forma geral de categorização (BARDIN, 2009).

A exploração do material foi a fase em que se realizou a codificação a partir dos dados brutos, a qual resultou em unidades de registro em forma de palavras. Em seguida, foi concretizada a agregação das informações em categorias de acordo com os temas. A finalização se deu na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Cada conteúdo foi analisado separadamente para então proceder à interpretação do todo. Assim foram definidas as categorias (BARDIN, 2009).

Ao considerar a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996), que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o registro 251.2011.2 e registro do CONEP 1246.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa foram conduzidos a partir do contexto da atuação do enfermeiro e sua representação profissional. Os enfermeiros abrangem, em sua complexidade, a ligação da imagem profissional e a busca pessoal, junto ao conjunto de atividades que desempenham diariamente.

Os dados coletados foram codificados e analisados. A partir disso, emergiram quatro categorias: O enfermeiro trabalhando sua autoimagem; *Marketing* Profissional na enfermagem: uma ferramenta diária em processo de construção; Desconhecimento do *Marketing* Pessoal para o enfermeiro; Visibilidade social na Enfermagem.

A seguir, será apresentada a transcrição das entrevistas realizadas com os participantes.

## **O enfermeiro trabalhando sua autoimagem**

Os sujeitos do estudo conceituaram a forma como atuam e trabalham a sua imagem na enfermagem, todavia alguns aspectos se demonstraram limitados, mas foram bem definidas algumas ideias:

*Falando imagem pessoal, né? Tô trabalhando bastante agora, por causa que às vezes [...] Quer ver? É assim, muitas vezes a gente precisa da crítica pra gente se ver, né, “o espelho”, que geralmente esse espelho diz uma coisa, mas a pessoa, no meu ver, ele é um “autoespelho”, tu é meu espelho. [...] Então, numa coisa que eu já falei, um espelho do outro, eles têm que se espelhar na chefia pra tentar, né, então nisso eu já tô melhorando, troquei meus uniformes, já tô tentando. (E2)*

*Trabalho. Penso que a imagem profissional da gente é uma das coisas que mais conta no ambiente de trabalho, é o que o mercado de trabalho, hoje, exige também da gente. É uma imagem tanto pessoal quanto profissional, é o teu caráter profissional, a tua índole, a tua competência, técnica interpessoal, as relações do trabalho, isso pra mim é uma imagem que a gente passa dentro do trabalho, ambiente de trabalho. (E4)*

As falas demonstraram oposições, pois muitos profissionais sabem e identificam a importância da imagem e principalmente expressam com clareza o significado da autoimagem. Porém, quando os profissionais foram questionados sobre a forma na qual se trabalha a autoimagem, pareceu, muitas vezes, ser um assunto pouco explorado e, na maioria dos casos, trouxe expressões de surpresa. Ficou evidente a dúvida sobre como trabalhar a autoimagem, identificada na superficialidade da fala, ou seja, não houve determinação e certeza nas respostas.

## **Marketing Profissional na Enfermagem: uma ferramenta diária em processo de construção**

Os resultados sobre *Marketing Profissional* indicaram alguns conflitos e evidenciou-se que os entrevistados não identificaram com clareza o seu trabalho com essa ferramenta, embora reconhecessem seu uso no cotidiano. Também foi possível identificar, em alguns casos, a desinformação, conforme as falas:

*Pergunta difícil! Marketing profissional no meu ver é como tu se vê, tua imagem, perante o teu trabalho, perante as outras pessoas. Como tu vai lidar, como tu vai se apresentar. (E4)*

*Eu acho que esse instrumento que a gente tem que usar dia a dia, que a gente não pode esquecer nunca, né. Isso é complicado, tem várias coisas no caminho, mas se a gente buscar sempre firme na linha do conhecimento, sempre mostrando o que a gente disse tem algum respaldo [...]. (E6)*

*Marketing é sem dúvida nenhuma é diário [...]. Seja ele concreto ou abstrato, no meu caso que trabalho muito com gestão de pessoas, então é muito importante eu ter eles do meu lado, de que forma eles me veem hoje, líder e como coordenadora do grupo. (E11)*

*[...] eu nunca tinha ouvido falar, mas eu acredito que seja, tipo assim, uma propaganda benéfica da pessoa, que a gente faz de si mesmo, né [...]. (E13)*

A maioria dos participantes, mesmo sem conceituar nitidamente o tema do *Marketing Profissional*, apresentou algum ponto de informação. Também ficou evidente que é um assunto pouco dialogado, mas que representa com clareza o profissional e, quando abordado, trouxe, muitas vezes, reações de admiração e pretensão de compreender a temática.

## **Desconhecimento do *Marketing* Pessoal para o enfermeiro**

Ao referir a temática do *Marketing* Pessoal, a pergunta trouxe algumas reflexões desfavoráveis ao contexto, mas a maioria o identificou nos aspectos de atuação em enfermagem, conforme as falas:

*Tento que parta de mim a iniciativa de manter os parâmetros éticos, a postura, aparência [...]. (E1)*

*[...] no momento que tu mostra que tu sabe e tenta usar isso como um instrumento, ferramenta para adquirir mais coisas, adquirir teu espaço, construir teu nome, é um Marketing Pessoal que tu faz [...] a pessoa vai acabar sempre associando com aquele serviço bem prestado. (E6)*

*Pessoal? Marketing Pessoal eu não trabalho muito na verdade, porque daí eu acho que é uma coisa mais, ãh... que daí eu fico mais à vontade mesmo, sabe, e então eu cuido mesmo mais a parte profissional do que a parte pessoal. (E7)*

*[...] uma das coisas que eu prezo é humildade, que eu acho assim que é uma coisa muito importante pra qualquer profissional, seja enfermeiro, seja técnico, seja médico [...]. (E9)*

Ao serem questionados, alguns participantes entenderam que a palavra “pessoal” do *Marketing* Pessoal estava relacionada especificamente com a vida pessoal. Porém, a direção dessa temática envolve outra configuração, que não era o assunto trabalhado. A maioria compreendeu a importância e identificou alguns aspectos que são trabalhados com essa ferramenta para si mesmo e, em consequência, para o crescimento profissional.

## **Visibilidade social na Enfermagem**

Relacionada à compreensão da temática e se a enfermagem tem visibilidade social, a concepção dos participantes trouxe relatos que traçaram suas inquietações. Isso pode ser percebido nas falas:

*[...] a maioria das pessoas desconhece o que é a enfermagem e acho que distorcem bastante. E, no momento que compreendem, elas são mais acessíveis, mais compreensivas com o profissional enfermeiro. A visibilidade tem, mas ela é totalmente distorcida perante a profissão. (E1)*

*[...] isso é uma coisa que não me preocupa muito, o reconhecimento pelo nosso trabalho é muito gratificante, né, na medida que tu presta um bom trabalho, a visão externa ali no seio da comunidade te traz um retorno. (E3)*

*A meu ver, visibilidade social é tu simplesmente ressaltar nos olhos dos demais aquilo que tu constrói no dia a dia [...] tu só consegue ter essa visibilidade quando tu tem conhecimento e quando tu usa isso como instrumento, quando tu sabe do que tá falando, quando tu tem propriedade daquele assunto, quando tu tem domínio e quando tu consegue manter uma conversa tranquila e mostrar porque tu realmente tem aquele pensamento [...]. (E6)*

*Acho que não, acho que a enfermagem é muito pouco vista, ela é uma classe muito desunida, então ela não luta por aquilo que ela quer. Nós temos aí projetos para ser votados e nunca vai pra frente, a gente nunca para pra ver isso, mas quer que aconteça. (E7)*

*Não. Acho que, olha, muito pouco, pelo contrário, acho que a enfermagem tá, depois daquela reportagem [...] que horror aquilo, mas eu acho que falta muito, poderia ser melhor. (E9)*

Alguns enfermeiros descreveram estratégias para a visibilidade social, porém ficou evidente que se sentem pouco valorizados na área da saúde, pois, conforme os relatos, não são identificados, muitas vezes, como enfermeiros e, principalmente, há insatisfação com as dúvidas da sociedade sobre sua atuação. Outros fatores relatados foram a desunião e a imagem “distorcida” perante os outros profissionais e a população.

## DISCUSSÃO

As constantes transformações na área da saúde impõem, muitas vezes, uma pressão crescente para a prática da enfermagem. Com isso, a busca de atualização e conhecimento, indicada nos resultados desta pesquisa, transforma positivamente a temática da imagem na enfermagem. Por outro lado, muitos enfermeiros demonstram suas limitações em compreender e promover a importância de trabalhar sua representação na saúde.

De acordo com o contexto de imagem, na categoria “O enfermeiro trabalhando sua autoimagem”, os resultados demonstraram que a totalidade referiu trabalhar sua imagem, mas logo, ao serem questionados de que forma trabalhavam a sua imagem, a maioria evidenciou preocupações e dificuldades para se expressar. Diante desse contexto, considera-se necessário que o enfermeiro se instrumentalize por meio de um corpo teórico próprio com ascensão na produção científica e com consequente melhora na comunicação.

Assim, a imagem da profissão do enfermeiro deixaria de ser apresentada e vista somente pela virtude e seria vista pelo conhecimento. A resposta mais coerente de acordo com essa questão refere-se ao fato de os enfermeiros sentirem que têm a ganhar com uma escolha do foco nos seus “valores” e “virtudes”, fenômeno denominado “Roteiro de virtude” (NELSON, 2011). Esse “Roteiro de virtude” inclui a permanência de uma imagem moralmente frágil, que, muitas vezes, está na memória popular como o(a) “carinhoso(a) enfermeiro(a)”, em vez de o “enfermeiro(a) profissional” (COLPO; CAMARGO; MATTOS, 2006).

O roteiro de virtudes é descrito no momento em que a imagem das enfermeiras é transformada, e ainda confirmada, em apenas profissionais dóceis, queridas ou até mesmo como anjos (GENTIL, 2011; NELSON, 2011). Um motivo para que as enfermeiras dependam tão seguramente desse “Roteiro da virtude” é que muitas esperam que seja essa a única fonte de *status*, consideração, crédito e autoestima (NELSON, 2011). Dessa forma, a “distorção” da imagem do enfermeiro é reafirmada, e um

estereótipo indesejado é criado, o que se percebe nos resultados sobre a autoimagem do enfermeiro.

Criar uma imagem profissional exige muito, principalmente em uma época em que as transformações diárias são voláteis, e o foco principal é o conhecimento. Nesse viés, considera-se como instrumento para a valorização da imagem profissional, com consequente aumento da visibilidade, a necessidade, principalmente, de aumentar a produção científica.

Para o enfermeiro, é muito difícil instituir uma imagem que seja uma representação de suas qualidades. Apesar de ter consciência delas, persiste, mesmo de forma inconsciente, a ideia de que seu trabalho é caridade, abnegação. Portanto, não é passível de ser divulgado, e muito menos como *Marketing* Pessoal (NELSON, 2011). Essas questões justificam as incertezas mostradas nas falas dos enfermeiros.

No que se refere a *Marketing* Profissional e Pessoal, a categoria “*Marketing* Profissional na enfermagem: uma ferramenta diária em processo de construção” e a categoria “Desconhecimento do *Marketing* Pessoal para o enfermeiro” ainda são temáticas pouco exploradas pelos profissionais, uma vez que a enfermagem é uma profissão do conhecimento. O que o profissional vende não é um produto tangível, mas o que sabe sobre o cuidar de um cliente. Portanto, o material promocional que deve ser utilizado, em primeiro lugar, é ele mesmo. Cada vez que a enfermagem entra em contato com o cliente, está promovendo sua marca, deixando uma marca, convidando seu mercado a confiar em seu produto (PERSONA, 2008).

O *Marketing* é mais do que um instrumento de persuasão. Muitas vezes, é confundido com publicidade ou propaganda, conforme se apresentou no estudo. Apesar de serem, a publicidade e a propaganda, componentes do *Marketing*, diferenciam-se na aplicação. Sua definição consiste em um conjunto de atividades que ajudam a definir e entender um mercado, identificar suas necessidades ou expectativas e criar os elementos necessários para atendê-las dentro de uma relação de ganho para ambas as partes, enfermeiro e cliente (THOMAZ, 2004).

Na prática desses profissionais, há necessidade de aplicar estratégias de *Marketing* Profissional e Pessoal, embora sejam utilizadas indireta-

mente no dia a dia, e identificadas pelos enfermeiros entrevistados. Dessa forma, sua aplicabilidade iria facilitar a projeção social necessária para a valorização e visibilidade dos enfermeiros. Outro fator evidenciado foi questões relacionadas ao conhecimento, relatado por alguns enfermeiros, que satisfaz e é necessário para seu trabalho.

O profissional da saúde é, antes de tudo, um profissional do conhecimento. O que ele vende não é um produto tangível, mas o que sabe sobre o cuidar de um cliente. Para o profissional pensar como ele deve se apresentar no mercado, ou seja, sua “promoção”, ele precisa entender o que os clientes/pacientes esperam dele (PERSONA, 2008).

O cliente espera que um profissional de saúde tenha um bom conhecimento teórico e prático, mas que tenha também simpatia para com o problema singular do paciente. Muitos esperam que eles compreendam a dor e o desconforto, de modo que estejam realmente empenhados em ajudar. Então, esta questão não é limitada ao conhecimento prático ou teórico, mas está relacionada com aspectos de postura, de ética, de sentimentos, de características que são intrínsecas a um ser humano (PERSONA, 2008).

Delinear a forma como o profissional deve trabalhar seu *Marketing Pessoal* é se adequar à realidade do cotidiano profissional. Nesta pesquisa, demonstrou-se que a busca de fontes para o trabalho de enfermagem é um aspecto positivo, principalmente no reconhecimento da necessidade de compreender o que esta ferramenta pode representar e oferecer.

De acordo com Thomaz (2004) e Persona (2008), o *Marketing Pessoal* não deve ser visto como um planejamento de como influenciar o mercado para aceitar o que o profissional de enfermagem é, mas, sim, de como ele deve se transformar naquilo que seus clientes esperam que ele seja. Assim, não se trata de criar uma ilusão que engane seu público, mas de reinventar-se, aprimorar-se, de mudar suas atitudes e sua forma de comunicar essa mudança para levar segurança e criar experiências de satisfação para o seu público-alvo, os pacientes.

Na categoria “Visibilidade Social na Enfermagem”, demonstrou-se a evidência da insatisfação dos enfermeiros diante de sua profissão e valorização. É essencial que os próprios profissionais se responsabilizem

por suas ações, enfrentem os desafios em sua atuação, aprimorando suas competências. Assim, poderão intervir de forma proativa, e isso sugere a articulação de competências para a representação social da profissão. A visibilidade profissional se estabelece, nesse caso, a partir das atitudes individuais para alcançar o coletivo.

Os enfermeiros precisam estar atentos para a imagem da enfermagem, que é retratada na vida profissional e a aceitação da responsabilidade de comunicar um modelo profissional experiente. Dessa forma, haverá condições de evoluir além do “Diga pouco, faça muito”, a fim de se tornarem visíveis no sistema de saúde (CASTANHA; ZAGONEL, 2005; NELSON, 2011). Logo, os profissionais de enfermagem, quando fazem o seu *Marketing* Pessoal, não devem pensar em como influenciar o mercado para aceitar o que são, mas, sim, de que maneira devem se transformar. Portanto, não se trata de criar uma miragem que engane o público, mas de reinventar, aperfeiçoar, de mudar paradigmas para levar segurança e satisfação à clientela de que cuida (PERSONA, 2008).

Diante disso, os profissionais de enfermagem devem refletir no intuito de construir coletivamente uma profissão mais influente, comprometida e ativa nas decisões de políticas públicas, sociais e institucionais. Buscar uma profissão mais atuante, que tenha o compromisso social necessário para conquistar maior autonomia, a fim de realmente trabalhar com a promoção da saúde em defesa da vida e, mais do que isso, possibilitar espaços que deem visibilidade à profissão, garantindo, assim, a chance de novas imagens da enfermagem que reflitam o seu verdadeiro potencial perante a sociedade (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para ocorrer a Visibilidade do Enfermeiro, é imprescindível que a enfermagem busque trabalhar o seu *Marketing* Pessoal, para, então, tornar visível sua imagem. Para tanto, este estudo demonstrou que essa profissão ainda não se definiu, visto que a (in)visibilidade, muitas vezes, se encontra “embaçada”.

Desse modo, pode-se salientar que a visibilidade da enfermagem aumentou muito, comparada à “dualidade” de imagem vivida antigamente por esses profissionais. Apesar disso, os dados apontam que, para uma conquista ainda mais satisfatória e para interromper as inquietações da “invisibilidade” social, é necessário que cada enfermeiro aceite que é visível e aprimore o seu trabalho, despertando para sua real imagem.

Para tal, se faz necessário compreender o significado real do caráter profissional e a busca por estratégias de gestão, de modo que o *Marketing* Pessoal possa ser trabalhado de forma particular, tornando visível o *Marketing* para esses protagonistas da saúde e sociedade.

Este estudo reforça que os enfermeiros ainda devem firmemente seguir sua caminhada para alcançar um objetivo comum da visibilidade social, pois, conforme os relatos, essa visibilidade encontra-se prejudicada. Contudo, percebe-se que os enfermeiros almejam romper com antigos paradigmas de subordinação e reconhecem a enfermagem como peça importante em um processo de cuidado à saúde.

Pode-se perceber que os enfermeiros parecem clamar por mais informação, mais visibilidade e mais voz. No entanto, o foco, ainda pouco explorado, se define em estratégias como o *Marketing* Profissional para, conseqüentemente, ultrapassar barreiras dos paradigmas na imagem do enfermeiro.

Assim, acredita-se que a enfermagem tem uma ferramenta poderosa a ser utilizada, embora ainda se encontre associada a vários preconceitos sem que exista uma imagem clara do que realmente a profissão é, ou seja, que o enfermeiro seja reconhecido como um articulador e integrador das ações de saúde, capaz de compreender o contexto social. Para tanto, considera-se fundamental que o enfermeiro tenha um corpo teórico próprio que lhe permita ter visibilidade.

Salienta-se também a importância de esclarecer, já na graduação, sobre a necessidade de os acadêmicos adquirirem uma visão mais ampliada da profissão de enfermagem e, assim, poderem criar estratégias para que se conquiste mais voz e vez nos diversos campos de atuação profissional.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa, 2009.

BRASIL. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**, p. 36-38, abr./ jun. 1996.

CASTANHA, M. L.; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 58, n. 5, Brasília. [internet] 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/1KJYuLg>>. Acesso em: 20 out. 2011.

COLPO, J. C.; CAMARGO, V. C.; MATTOS, S. A. A imagem Corporal da enfermeira como objeto sexual na mídia: um assédio a profissão. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 67-72, 2006.

GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? **Rev. Bras. de Enfermagem**, UNIFESP, v. 62, n. 6, São Paulo – SP, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1Jhu6aO>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L. A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. Adm. Pública**, v. 39, n. 4, p. 823-847, jul./ago. 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 74-77, 2005.

NELSON, S. A imagem da enfermeira – as origens históricas da invisibilidade na enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1HlpcxN>>. Acesso em: 12 out. 2011.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 1, p. 82-87, 2006.

PERSONA, M. Marketing para profissionais de saúde. **Rev. Foco - COREn-GO**, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1NOpNCO>>. Acesso em: 12 out. 2011.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP. São Paulo. 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/1JmMRrM>>. Acesso em: 20 out. 2011.

THOMAZ, P. A. R. **Consultório-Empresa: Lições Práticas de Gestão e Marketing para Profissionais de Saúde**. São Paulo: Com. Ed & Bugelli Ltda., 2004.

# PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À MULHER EM SITUAÇÃO DE LUTO POR PERDA FETAL

---

Josciélen Caetano Rosa  
Claudia Maria Gabert Diaz  
Maria Helena Ghelen  
Hilda Maria Barbosa de Freitas  
Simone Barbosa Pereira

## RESUMO

A gestação é o momento em que a mulher faz planos, concretiza ideais, sonhos e idealiza ser mãe. No entanto, esse clima de felicidade pode ser interrompido quando ocorre a morte fetal. A perda do feto ocasiona alterações físicas e emocionais para os pais e toda a família, visto que o nascimento dessa criança é considerado, muitas vezes, a razão de vida da família. Este estudo apresenta a seguinte problemática: Como a equipe de enfermagem pode auxiliar no cuidado à mulher que vivencia o óbito fetal? Como objetivo, determinou-se desenvolver um protocolo assistencial à mulher frente às consequências físicas, sociais e emocionais do luto pelo óbito fetal. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, desenvolvida na cidade de Santa Maria - RS, no período de agosto de 2012 a julho de 2013. Foi realizado o registro prospectivo das decisões tomadas e organização da proposta de ações que poderá ser constantemente avaliada, concretizando um processo permanente de construção desse protocolo. Com as sugestões de como a enfermagem pode intervir nesse momento, espera-se amenizar a dor dessa experiência triste na vida da mulher e de sua família.

**Palavras-chave:** Morte Fetal. Enfermagem. Protocolo.

## INTRODUÇÃO

A perda fetal favorece a instalação de uma situação emocional crítica tanto para os pais e familiares como para os profissionais que os assistem, pois são esses profissionais que, provavelmente, darão a notícia, ou seja, o diagnóstico aos pais, além de acompanhá-los nos momentos posteriores à perda (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007). No período perinatal, as perdas gestacionais, mortes fetais e neonatais configuram um processo complicado para mães, pais, familiares, médicos e equipe de enfermagem, o que gera sentimentos de medo e angústia (MACHADO, 2010). O despreparo dos profissionais da área da saúde pode intensificar a dor e a fragilidade emocional da mãe, em especial.

O momento em que a mulher recebe o diagnóstico é difícil, e essa dificuldade é acentuada quando a perda ocorre no ambiente da maternidade, pois, normalmente, esse é um local de surgimento de novas vidas e não de perdas, o que torna a morte um assunto de difícil abordagem nesse meio (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007).

Os profissionais de enfermagem, normalmente, não têm conhecimento e preparo adequados para trabalhar com a terminalidade/morte, visto que sua formação é voltada a ações técnicas e práticas e têm pouco embasamento sobre as necessidades reais do paciente e da família que estão no processo de morte e morrer (COSTA; LIMA, 2005).

Para facilitar a assistência de enfermagem em situação de luto por perda fetal, é preciso que haja mudanças no comportamento e na conduta dos profissionais assistentes, a fim de viabilizar a aproximação com a perda, entendida como aquela sentida pelo paciente e a sentida pelo profissional da enfermagem (SCHNEIDER; VAN DER SAND, 2004).

Frente a tais considerações, neste estudo, apresenta-se a seguinte problemática: Como a equipe de enfermagem pode auxiliar no cuidado à mulher que vivencia o óbito fetal?

Justifica-se a relevância deste estudo como forma de aprimorar o conhecimento referente ao cuidado de enfermagem à mulher que vivencia a perda do feto. Durante esse processo, torna-se de suma importância

aprender a lidar com a dor e o sofrimento, sem ignorar ou sufocar esses sentimentos, que podem se manifestar de várias formas, como isolamento, tristeza e raiva.

Além dos aspectos fisiológicos, uma perda fetal envolve alterações emocionais dos pais e familiares, o que deve ser percebido pela equipe de saúde, inclusive a enfermagem. Assim, com este estudo, objetivou-se desenvolver um protocolo assistencial à mulher frente às consequências físicas, sociais e emocionais do luto pelo óbito fetal.

A partir dos conhecimentos gerados, espera-se fornecer subsídios que possibilitem qualificar a atuação da enfermagem, melhorar a assistência e perceber a influência da atuação da enfermagem junto aos pais que vivenciam a morte do feto. Pretende-se contribuir para uma prática de enfermagem científica, baseada em evidências, a partir da construção de um protocolo assistencial. Acredita-se que esse instrumento pode possibilitar a sistematização e aplicabilidade de um plano de cuidados, desde a internação da gestante, a evolução do parto e posteriormente a este, quando o profissional estará colaborando com o enfrentamento da dor da perda relacionada ao óbito fetal.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa. A pesquisa metodológica é o estudo que se refere à elaboração de instrumentos de captação ou de manipulação da realidade. Está, portanto, associada a caminhos, formas, maneiras, procedimentos para atingir determinado fim. Construir um instrumento é exemplo de pesquisa metodológica (MORESI, 2003). A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos, o que sustentará a construção do protocolo assistencial (GIL, 2007).

Na pesquisa qualitativa, o texto é utilizado como material empírico na construção social das realidades em estudo, com interesse nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento em relação ao estudo (FLICK, 2009).

O estudo foi desenvolvido na cidade de Santa Maria, como proposta do Trabalho Final de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Franciscano, no período de agosto de 2012 a julho de 2013.

Para realizar o estudo, na primeira fase, consta a definição do problema principal do protocolo, como a equipe de enfermagem pode auxiliar no cuidado à mulher que vivencia o óbito fetal.

Após, foi realizada a revisão bibliográfica para obter subsídios por meio de sites e bases de dados que possibilitam o conhecimento científico mais atual, bem como as evidências científicas imprescindíveis à elaboração de protocolos; identificação dos temas em que existe um consenso e os temas controversos do assunto em questão; dados sobre os níveis de evidências encontrados, a fim de buscar respostas às críticas e aos problemas/dúvidas registrados, como também a definição e divisão das ações (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A seguir, foi realizado o registro prospectivo das decisões tomadas e as referências em que se baseiam; organização da proposta de ações que poderá ser constantemente avaliada, concretizando um processo permanente de construção desses protocolos. Caso seja necessário, futuramente, é possível desfrutar do recurso de consultoria institucional interna ou externa para validar o protocolo (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

As questões éticas foram consideradas neste estudo, visando não correr o risco de invalidar a pesquisa. Além disso, foi respeitado o direito autoral e foram tomados cuidados para a não manipulação dos dados (BRASIL, 1996).

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **O luto por perda fetal**

A morte do outro se configura como a vivência da morte em vida. É a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas é vivida como se uma parte da própria pessoa morresse, uma parte ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos. A perda e a sua elaboração são

elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano. É nesse sentido que a perda pode ser chamada de morte “consciente” ou de morte vivida (KOVÁCS, 2003).

A morte, como perda, rompe, em primeiro lugar, o vínculo de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta. Nessa representação de morte, estão envolvidas duas pessoas: uma que é “perdida” e a outra que lamenta a falta, um pedaço de si que se foi. O outro é, em parte, internalizado nas memórias e lembranças, na situação de luto elaborado. A morte como perda evoca sentimentos fortes, pode ser chamada de “morte sentimento” e é vivida por todos os humanos. Ver a perda como fatalidade, ocultar os sentimentos, eliminar a dor, apontar o crescimento possível diante dela podem ser formas de negar os sentimentos que ela provoca, para não sofrer (KOVÁCS, 2003).

Nos últimos anos, uma atenção crescente tem sido dada aos pais de crianças que nascem mortas. As primeiras verificações são que, apesar de o laço entre o pai e o filho ser ainda recente, os padrões gerais de reação não diferem muito dos que ocorrem nos casos de viuvez. O torpor, seguido de aflição somática, anseio, raiva e subsequente irritabilidade e depressão, é comum. O mesmo acontece com as preocupações com a imagem do bebê morto e os sonhos rompidos. Há o risco de que essa vivência possa afetar também os sentimentos, em especial da mãe, quanto à possibilidade de ter um novo filho. Estudos registram que uma proporção de mulheres que deram à luz a um natimorto não desejou ter mais filhos (BOWLBY, 1998).

Sabe-se que a expressão de sentimentos nessas ocasiões é fundamental para o desenvolvimento do processo de luto. No entanto, as manifestações de cada cultura apresentam particularidades de enfrentamento da morte, bem como comportamentos e rituais a serem cumpridos. Os rituais do nosso tempo clamam pelo ocultamento e disfarce da morte, como se esta não existisse, e as crianças devem ser afastadas do seu cenário, como se a morte não ocorresse. Essa supressão do processo de luto traz sérias consequências do ponto de vista psicopatológico, em virtude de muitas doenças psíquicas estarem relacionadas com um processo de luto mal-elaborado (KOVÁCS, 2003).

Os pais, mais especialmente as mães, podem ser consumidos por um sentimento de vergonha por não terem sido capazes de dar à luz a um bebê sadio, e/ou de culpa por não terem sido bem-sucedidos nos cuidados com o bebê que morreu. Recomenda-se acompanhar os pais e conversar com eles, juntos, imediatamente depois da morte e, dois ou três dias depois, quando já estarão menos chocados e em melhores condições de expressar seus sentimentos, preocupações e dúvidas, além de utilizar as informações que lhes são transmitidas (BOWLBY, 1998).

O processo de luto por definição é um conjunto de reações diante de uma perda. Bowlby (1985) refere-se às quatro fases do luto:

1. Fase de choque que tem a duração de algumas horas ou semanas e pode vir acompanhada de manifestações de desespero ou de raiva;
2. Fase de desejo e busca da figura perdida, que pode durar também meses ou anos;
3. Fase de desorganização e desespero;
4. Fase de alguma organização.

O autor supracitado destaca que na fase de choque, o indivíduo pode parecer desligado, embora manifeste um nível alto de tensão. Ocorrem expressões emocionais intensas, ataques de pânico e raiva. A companhia de outras pessoas é muito importante nesse período. Na segunda fase, a raiva pode estar presente quando há a percepção de que houve efetivamente uma perda, provocando desespero, inquietação, insônia e preocupação. Ao mesmo tempo, existe a ilusão de que, talvez, tudo não tenha passado de um pesadelo e de que nada mudou. A pessoa fica atenta a quaisquer sinais e ruídos, que podem confirmar a fantasia do possível retorno.

Uma profunda tristeza é sentida quando ocorre a constatação da perda como definitiva. Nesses momentos, podem ocorrer atuações, como a atitude de se desfazer rapidamente de todos os pertences do bebê e, ao mesmo tempo, uma tentativa de guardar todos os objetos que lembrem momentos felizes. Estas são ações contraditórias e muitas vezes concomitantes. Conciliar esses desejos tão opostos é tarefa das últimas fases do luto (KOVÁCS, 2003).

Na maioria das vezes, a morte fetal é diagnosticada no hospital, embora, algumas vezes, a mulher já tenha a percepção do que está acontecendo, por ter deixado de sentir os movimentos fetais ou por notar alguma anormalidade (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007). A disponibilidade do profissional para repartir as informações solicitadas e respeitar o momento do casal, a fim de avaliar sua capacidade de assimilar o que é transmitido, torna-se fundamental, além de descobrir com eles, quando e quanto querem saber, ver e ouvir (QUAYLE; NEDER; ZUGAIB, 1995).

Após a perda, pode surgir irritação, culpa e tristeza. No entanto, a disponibilidade do enfermeiro para ouvir a expressão desses sentimentos pode ajudar a pessoa a superar essas dificuldades. O profissional de enfermagem deve levá-los a compreender as suas reações dolorosas, deve tranquilizá-los, assegurando que estas respostas são naturais, já que o período de luto é extenso (PERRY, 2006).

Vale lembrar que a mãe tem sentimentos próprios, mas que o pai e o restante da família também os têm, logo, estão a vivenciar o luto provocado pela morte fetal. Outro aspecto importante é que se tenha a preocupação de manter estas puérperas em um ambiente isolado da maternidade de forma a não terem de ser confrontadas com as outras mães e seus respectivos bebês (AMPESE; PEROSA; HAAS, 2007).

### **Protocolo Assistencial de Enfermagem à mulher em situação de luto por perda fetal**

O protocolo, por ser um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema (BRASIL, 2008), pode facilitar a recuperação e a resolução normal do processo de luto, o que contribui para a saúde materna e familiar. A ausência de padronização das ações significa fragilidade e variação no modo de realizá-las, e a carência desses instrumentos abre um espaço indesejável, o que pode tornar a assistência inadequada e ineficaz (SIMÃO et al., 2007).

Esses dados são estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação quanto na avaliação das ações, além de

qualificarem o processo de trabalho. Dessa forma, os protocolos assistenciais podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Portanto, a construção de protocolos assistenciais direciona e facilita o desenvolvimento de ações de cuidados, nas quais a enfermagem está envolvida. Trata-se de uma proposta de padronização de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, que considera a individualidade e o todo de cada pessoa e a singularidade de cada situação.

No que se refere à importância da assistência prestada à mulher que vivencia o luto, propõem-se algumas ações de cuidado, a partir de diagnósticos de enfermagem, conforme a classificação de NANDA (2003), Bulechek, Butcher e Dochterman (2009), Moorhead et al. (2009).

**Quadro 1** - Diagnósticos de enfermagem e ações de cuidado à mulher em situação de luto, na Maternidade. Santa Maria, 2013.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
Baixa autoestima situacional	Estimular, conversar e interagir com a paciente, favorecendo o equilíbrio emocional.
Sofrimento moral	Explicar os mecanismos e mudanças que serão enfrentados frente à perda.
Ansiedade	Estimular o diálogo, intervindo sobre o estado emocional da mãe com a intenção de acalmá-la.
Déficit de autocuidado	Estimular a prática do autocuidado por meio de práticas domiciliares e simples de fácil entendimento.
Isolamento social	Evitar internação em enfermarias com puérperas com bebê ou gestantes, respeitando o momento de luto; Estimular o vínculo com os familiares, com a sociedade e com a equipe de enfermagem.
Lamentação crônica	Encorajar a paciente a enfrentar a situação e demonstrar confiança nela mesma.
Negação	Orientar sobre a importância da aceitação para a posterior recuperação.

Amamentação interrompida	Auxiliar no processo de enfaixamento das mamas com orientação aos cuidados domésticos.
Risco para infecção	Prevenir e evitar processos infecciosos, sempre explicando à paciente o que está sendo realizado.
Angústia espiritual	Animar, estimular e orientar quanto ao apego religioso nas horas de angústia e também nos momentos alegres.
Comportamento de saúde propenso ao risco	Ficar atento para risco de depressão puerperal; Demonstrar o quanto é importante seu bem-estar físico, social e psíquico para uma total reabilitação.
Medo	Aliviar o medo por meio de distrações e diálogos, sempre buscando demonstrar confiança e segurança.
Comunicação verbal prejudicada	Estimular o diálogo com a equipe de enfermagem e familiares.
Risco para dignidade humana comprometida	Participar junto à paciente durante a reabilitação do processo e auxiliar na recuperação domiciliar com orientações pós-alta hospitalar.
Sobrecarga por estresse	Salientar a importância de períodos de repouso.
Maternidade prejudicada	Estimular a puérpera a não perder o vínculo com a família, amigos, sociedade, etc.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, adequado de NANDA (2003), Bulechek, Butcher e Dochterman (2009), Moorhead et al. (2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível conhecer como a equipe de enfermagem poderá auxiliar no cuidado à mulher que vivencia o óbito fetal e demonstrar o quão importante é o trabalho da enfermagem na situação de luto, bem como a necessidade de orientar as mulheres acerca das alterações e fases vivenciadas nessa situação.

As pacientes precisam sentir-se acolhidas para buscar o serviço de saúde e esclarecimento de dúvidas, para melhor compreensão deste período tão delicado, o luto. Salienta-se, também, a necessidade de atualização dos profissionais de saúde para desenvolver atividades educativas, a fim de promover o cuidado integral.

Além disso, o estudo possibilitou descrever a realidade da vivência da morte, sendo, neste caso, uma situação muito peculiar por envolver a morte de um ser que nem sequer chegou a viver fora dos limites do corpo da mãe. Essa preocupação foi demonstrada por meio de sugestões de como a enfermagem pode intervir nesse momento, na tentativa de amenizar a dor da experiência trágica. Entre essas sugestões, demonstrou-se a importância de a enfermagem estar junto à mãe desde o diagnóstico, bem como no momento e após a perda fetal, a fim de proporcionar os cuidados, as orientações e informações necessárias.

Com isso, considera-se importante a adequação dos currículos de enfermagem, que devem dar mais ênfase às questões ligadas à perda e à morte, bem como o aperfeiçoamento dos profissionais no que se refere a esse tema, de maneira a qualificar, cada vez mais, a assistência prestada aos pacientes. Como já citado anteriormente, é a enfermagem que passa a maior parte do tempo junto desses pais, prestando cuidados.

Portanto, a equipe de enfermagem deve estar apta para prestar todo o atendimento necessário, dar apoio, alento, na intenção de tornar o óbito fetal menos traumático possível, tanto para os pais como aos familiares e amigos. Após a conclusão deste estudo, percebeu-se a necessidade de mais pesquisas sobre a morte do feto, com a participação de todos os profissionais da equipe de saúde, considerando não apenas aspectos quantitativos, mas a questão qualitativa, de forma a avaliar as suas percepções e sentimentos ao enfrentarem essa realidade.

## REFERÊNCIAS

AMPESE, Deise; PEROSA, Greice; HAAS, Ruth Elizabeth. **A Influência da Atuação da Enfermagem aos pais que Vivenciam a Morte do Feto Viável**. Centro Universitário São Camilo. Passo Fundo, 2007.

BOWLBY, John. **Apego, perda e separação**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

\_\_\_\_\_. **Apego e perda: perda, tristeza e depressão**. V. 3. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998 (Psicologia e pedagogia).

BRASIL. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**, p. 36-8, abr./jun. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. Porto Alegre: 2008. 11 p.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard; DOCHTERMAN, Joanne (Org.). **NIC - Classificação das intervenções de enfermagem**. Tradução de Regina Machado Grasez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

KÓVACS, Maria Júlia. **Educação para a morte: desafio na formação de profissionais da saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 160.

MACHADO, Carla Manuela Bernardo. **Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal, 2010.

MOORHEAD, Sue et al. (Org.). **NOC - Classificação dos resultados de enfermagem**. Tradução de Regina Machado Grasez. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa**. Brasília: mar. 2003.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA** (North American Nursing Diagnoses Association) - Definições e classificação (2001-2002). Tradução de Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PERRY, Shannon. Perda e Luto Perinatal. In: LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon. **Enfermagem na Maternidade**. 7. ed. Loures: Lusodidacta, 2006.

QUAYLE, Julieta; NEDER, Matilde; ZUGAIB, Marcelo. Representações emocionais do abortamento espontâneo. **Revista Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 181, 1995.

SCHNEIDER, Adriana dos Anjos da Silva; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. Sentimentos e Vivência da Equipe de Enfermagem na Assistência a Mães e Família Durante o Processo de Luto por Perda Fetal. **Revista Caminhos**, Rio do Sul, Editora UNIDAVI, v. 1, p. 14, 2004.

SIMÃO, Carla Maria Fonseca et al. Elaboração de protocolos de enfermagem para pacientes submetidos à cirurgia oncológica do aparelho digestivo alto. **Arq Ciênc Saúde**, v. 14, n. 4, p. 234-237, 2007.

WERNECK, Marcos Azeredo Furkim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

# INCLUSÃO DE DEFICIENTES AUDITIVOS E SURDOS EM HEMOCENTRO

---

Juliana Trevisan Casarin  
Carla Kowalski Marzari  
Dirce Stein Backes  
Michelle Pereira Quinhones  
Michelle Araújo da Silva Gracioli

## RESUMO

Neste estudo, objetivou-se conhecer como ocorre o acolhimento e a inclusão de deficientes auditivos e surdos pelos profissionais da saúde em um hemocentro e a percepção dos deficientes auditivos e surdos em relação à sua inserção em hemocentros. Trata-se de uma pesquisa-ação, cujos dados foram coletados a partir de atividades teórico-práticas. O trabalho foi realizado no período de setembro de 2012 a maio de 2013, no Hemocentro de Santa Maria - RS. Nesse período, ocorreram 20 encontros com os profissionais da saúde. Com o auxílio de uma professora de Libras, foi possível desenvolver um aprendizado da língua dos sinais. Os dados apontaram que a Enfermagem pode e deve explorar todos os campos sociais, a fim de buscar ser inovadora em todos os campos em que está inserida. Dessa forma, deve-se ter um bom elo de comunicação e respeito, identificando a capacidade de cuidar e incluir os surdos como doadores de sangue. Portanto, é responsabilidade dos profissionais de saúde incentivar, nos diversos espaços de saúde, a inclusão de pessoas com todos os tipos de deficiência.

**Palavras-chave:** Inclusão de deficientes auditivos. Hemocentro. Doadores de sangue.

## INTRODUÇÃO

Observa-se, na perspectiva mundial, que a demanda por transfusão sanguínea tem aumentado progressivamente em virtude de patologias, acidentes e cirurgias. Em contrapartida, a captação de doadores torna-se um problema constante para o Ministério da Saúde e para a população que dela necessita. A Organização Mundial de Saúde preconiza que de 3 a 5% da população sejam doadores voluntários de sangue (BRASIL, 2007).

Atualmente, no Brasil, cerca de 300 mil pessoas doam sangue regularmente, o que representa 2% da população, um número baixo se comparado às urgências, pacientes com doenças crônicas graves, transplantes, hemodiálises, anemias, cirurgias e para aqueles que necessitam fazer transfusões regularmente (BRASIL, 2012). No país, a doação de sangue é regulamentada pela Portaria nº. 1.353, de 13 de junho de 2011, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Diante disso, para minimizar o problema mundial e nacional, que é a carência de doação de sangue, vêm sendo realizadas atuações de caráter motivador, empreendedor, educacional e estratégico, a fim de se atingir e sensibilizar a população, no intuito de esclarecer que, quanto maior for o número de doadores saudáveis e aptos, melhor será a qualidade do sangue oferecido. Dessa forma, se estará suprimindo uma grande parcela das demandas. Essas atuações podem ser concretizadas, por exemplo, com a inclusão de deficientes auditivos e surdos nos bancos de sangue, vislumbrando que esta população nem sempre é lembrada e elencada nas campanhas pelo estigma conceitual que a deficiência traz.

Por deficiência, de modo geral, se define toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). O número de indivíduos com deficiências vem crescendo em todo o mundo, principalmente pelo aumento da população mundial e da expectativa de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). No Brasil, as pesquisas demográficas desde o ano de 1872 incluem informações sobre as deficiências. O censo realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), descreveu que 23,9% da população brasileira apresentam alguma deficiência.

Destas, 9,8 milhões de brasileiros apresentam deficiência auditiva, o que representa 5,2% da população brasileira. Desse total de brasileiros com deficiência auditiva, 2,6 milhões são surdos e 7,2 milhões apresentam grande dificuldade para ouvir (IBGE, 2010).

Frente a esses números, sabe-se que, no Brasil, a inclusão dos indivíduos com necessidades especiais é um grande desafio social e educacional. No entanto, as políticas públicas voltadas à inclusão garantem a essas pessoas seus direitos humanos, que permitem a participação ativa do processo social.

Além das barreiras encontradas no cotidiano pela dificuldade de trocas por meio da comunicação verbal, outro obstáculo observado é a falta de preparo dos profissionais da saúde para receber pessoas com deficiência, pois a comunicação é o instrumento básico de trabalho dos enfermeiros. Pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem demonstram a necessidade de treinamento na comunicação não verbal para interação com os deficientes auditivos e surdos a fim de não comprometer o atendimento (PAGLIUCA; FIUZA; REBOUÇAS, 2007).

No Brasil, a Língua de Sinais Brasileira foi instituída oficialmente com a publicação da Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Os sinais são formados por combinações de formas e de movimentos no corpo ou no espaço (MENEZES, 2006). O Art. 31, da Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, expõe que os bancos de sangue deverão garantir o acesso à doação de sangue aos indivíduos portadores de deficiência, disponibilizando materiais informativos e questionários adaptados a essas necessidades, de modo a proporcionar condições de entendimento na triagem clínica e outras medidas que se fizerem necessárias (BRASIL, 2011).

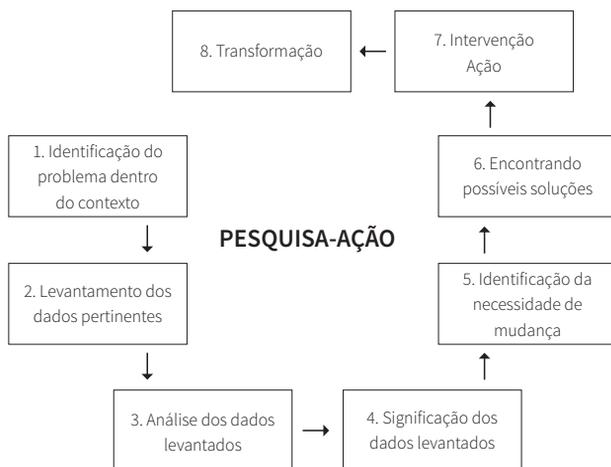
Nesse contexto, a educação dos profissionais da saúde, nos bancos de sangue, para receber esse tipo de doador é entendida como algo além do ensinar. Segundo Freire (2002, p. 95), ensinar “não é transferir um conhecimento já pronto, mas criar as possibilidades para a sua produção ou construção” e, conseqüentemente, obter qualidade nos serviços prestados, podendo, assim, haver a construção do vínculo. Para tanto, questiona-se: Como ocorre o acolhimento e a inclusão de deficientes auditivos e surdos pelos profissionais da saúde em um hemocentro?

Com base no exposto, no presente estudo, objetivaram-se conhecer como ocorre o acolhimento e a inclusão de deficientes auditivos e surdos pelos profissionais da saúde em um hemocentro e a percepção dos deficientes auditivos e surdos em relação à sua inserção em hemocentros.

## METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma pesquisa-ação, realizada por meio de atividades teórico-práticas, vinculada a um Projeto de Extensão Universitário. A pesquisa-ação visa fornecer aos pesquisadores e grupos sociais os meios para se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob a forma de estratégias de ação transformadora e, ainda, facilitar a busca de soluções face aos problemas para os quais os procedimentos convencionais têm contribuído pouco. Os passos da pesquisa-ação, conforme o diagrama a seguir, é um importante método de pesquisa na saúde e em outros setores sociais que intentam provocar transformações por meio da pesquisa e da ação.

**Figura 1** - Elaboração primária a partir das abstrações teóricas <sup>(4-6)</sup>.



Fonte: KOERICH et al. **Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa**, 2009.

Após a identificação do problema, fizeram-se o levantamento dos dados, a análise e a significação do cenário de pesquisa. Foram realizados encontros com os profissionais com foco no aprendizado de Libras, mais especificamente com os profissionais que atuam no Hemocentro de Santa Maria, no Estado do Rio Grande do Sul. A intervenção ocorreu semanalmente, durante os meses de setembro de 2012 a maio de 2013, perfazendo 20 encontros teórico-práticos de 1 hora, com média de oito profissionais da saúde presentes por encontro, com o auxílio de uma professora mestre em Língua Brasileira de Sinais. Os encontros foram realizados no hemocentro, na troca de plantão dos profissionais, propositalmente, para atingir os dois turnos de trabalho.

Os encontros foram previamente agendados e sistematizados para que atendessem aos objetivos do estudo. O primeiro encontro apresentou a proposta à equipe e também foi um momento de integração; no segundo encontro, foi apresentado o alfabeto de Libras; o terceiro encontro foi o momento em que todos os participantes interagiram, comunicaram-se por meio de Libras, escolhendo um “sinal”. Nos demais 17 encontros, foram realizadas atividades de tradução, referentes às nomenclaturas específicas utilizadas no hemocentro. O vigésimo e último encontro foi chamado *Encontro da transformação*, sendo esse um momento de reflexão entre os participantes. Foi também um momento de elencar estratégias para ampliar o número de doadores, romper paradigmas e vislumbrar novas possibilidades.

Fizeram parte da equipe de saúde três médicos, quatro enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, um farmacêutico, uma técnica em análises clínicas, quatro auxiliares de laboratório e um bioquímico. Os participantes do estudo foram alguns profissionais integrantes do hemocentro, totalizando 10 participantes. As categorias profissionais participantes do estudo foram: um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um bioquímico, um farmacêutico e quatro auxiliares de laboratório.

Para participarem da pesquisa, os sujeitos deveriam atender aos critérios de inclusão: serem profissionais de saúde do hemocentro, estarem atuando no serviço durante os meses da capacitação. E como critério de exclusão: os profissionais em férias ou laudo.

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário com questões semiestruturadas conforme um roteiro previamente estabelecido, no qual as perguntas feitas já estão predeterminadas (LAKATOS; MARCONI, 2003). Em um primeiro momento, os respondentes foram os profissionais de saúde e, na sequência, os deficientes auditivos e surdos, os quais passaram a integrar as atividades do hemocentro.

Enfatiza-se que os participantes da pesquisa tiveram sua identificação preservada na análise dos dados. No intuito de preservar o anonimato dos participantes, foi adotada a terminologia E para profissionais da Enfermagem e B para os demais profissionais. A identificação Aluno (1, 2, 3...) ficou restrita aos alunos surdos.

Com base no que consta na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, que se refere a pesquisas com seres humanos, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o número 64199.

Os dados foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática de Minayo (2007), a qual trata dos significados das ações, motivos, valores e atitudes. É entendida como a realidade social na qual o ser humano é importante por interpretar e pensar nas suas ações e não só por agir.

Na sequência, serão apresentadas e discutidas as categorias de análise, quais sejam: Percepção dos profissionais do hemocentro em relação à inclusão de doadores surdos e deficientes auditivos; Percepção dos deficientes auditivos e surdos em relação à inclusão nos hemocentros.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Percepção dos profissionais do hemocentro em relação à inclusão de doadores surdos e deficientes auditivos**

Vislumbrando a necessidade que o meio externo apresenta, no que concerne à falta de hemocomponentes, e a difícil comunicação da equi-

pe de saúde com os surdos, o que supõem a não ida dessa população ao hemocentro, foi necessário intervir de modo que o serviço estivesse favorável à vinda desta comunidade. Portanto, constatada a dificuldade que os profissionais da saúde encontram na comunicação com os surdos, atuações empreendedoras e educacionais podem ser efetivadas para o aperfeiçoamento do atendimento a esta população, como, por exemplo, capacitações teórico-práticas da Língua Brasileira de Sinais para os profissionais da saúde do hemocentro.

A inclusão de doadores de sangue que têm alguma deficiência causa nos profissionais da saúde certo desconforto, pois eles sentem-se limitados e despreparados para promover um diálogo adequado. Isso fica evidente na fala abaixo:

*Aprendi a ver os surdos como pessoas que podem perfeitamente desempenhar seu papel na sociedade como cidadão, com deveres e responsabilidades. São iguais a nós. Esta capacitação foi muito enriquecedora para mim, como pessoa e profissional. (B2)*

Quando é referido o “despreparo” dos profissionais, entende-se a carência de embasamento teórico-prático na formação acadêmica, no que tange ao seu desempenho futuro em situações nas quais precisarão se comunicar de alguma forma que não seja a fala verbal.

De acordo com Freire (2009), a prática da inclusão tem como pressuposto um modelo no qual cada pessoa é importante para garantir a riqueza do conjunto. Assim, é desejável que em cada unidade de saúde haja todos os tipos de usuários. Para isso, as equipes de saúde devem estar em aprimoramento constante, adaptando-se às realidades e buscando sempre novos conhecimentos. Assim como relata a fala abaixo:

*A capacitação foi de grande relevância, pois mostrou a necessidade de nos adaptarmos para atender este público-alvo. (E1)*

Discussões sobre cada um no espaço inclusivo, atribuições e trocas de percepções se mostram essenciais para que ocorram planejamentos em busca de qualificações no ambiente de trabalho.

Os recursos das instituições de saúde parecem, cada vez mais, estarem voltados somente para equipamentos e novas tecnologias, esquecendo-se da qualificação e capacitação dos profissionais, o que ocasiona uma desqualificação no atendimento e, conseqüentemente, a dificuldade na construção do vínculo (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

A busca pela inserção dos surdos e deficientes auditivos na sociedade é uma luta constante, pois a maioria dos profissionais não sabe se comunicar por meio das Libras, como descreve a fala abaixo:

*Não só os profissionais da saúde deveriam saber Libras, mas em qualquer área de atuação nós deveríamos poder atender as necessidades de quem nós estamos prestando serviço ou que estamos atendendo. O mais importante desta aprendizagem foi a integração dessas pessoas com o meio social. O mínimo que cada ouvinte souber da língua de sinais já poderá de alguma forma ajudar nessa integração. (B5)*

Por isso, é importante que os profissionais conheçam os princípios desse processo e desenvolvam habilidades para que a comunicação seja eficaz com os surdos e deficientes auditivos.

A comunicação com o paciente é um dos principais aspectos do cuidado de enfermagem e da criação do vínculo para sustentar uma assistência eficaz, especialmente às necessidades de cada assistido (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004).

A inclusão social preconiza que todo usuário deve ser atendido com dignidade e semelhança, dentro de suas peculiaridades.

*De fato não há uma inclusão de surdos e deficientes auditivos no hemo-centro. Quando um usuário assim chega temos muita dificuldade em atendê-lo. (B1)*

Os serviços de saúde devem estar adaptados a receber todo tipo de usuário e elencar a todos em campanhas de chamamento, sem segregações.

O Art. 3º, da Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, impõe que as instituições públicas e empresas de serviços públicos de assistência à saúde precisam garantir atendimento e tratamento adequado às pessoas com deficiência auditiva ou surdas (BRASIL, 2002). Como os surdos e deficientes auditivos não são citados nas campanhas de doação, há inúmeras dúvidas sobre o ciclo da doação sanguínea por parte dessa população.

*A comunicação adequada permitirá o entendimento da importância da doação de sangue para a sociedade, um bom atendimento é primordial para conseguirmos manter os doadores de sangue. (B4)*

Se a equipe de saúde estiver preparada para receber os surdos e deficientes auditivos, as dúvidas serão sanadas e esclarecidas, podendo, assim, haver fidelização de doadores de sangue. Para San Lãn (2005), o profissional de enfermagem pode e deve explorar todos os campos sociais e não ficar restrito ao cuidado, por ser seu principal instrumento epistemológico de trabalho. Além disso, essa profissão deve ser inovadora em todos os campos em que estará inserida.

O instrumento básico de trabalho dos profissionais da saúde é a comunicação. Como ilustra a fala a seguir:

*Acredito ter conhecido os sinais e estar apto a praticá-los. Com o tempo de convivência estarei preparado totalmente, a prática de comunicação é indispensável. (B3)*

Morin (2007, p. 12) afirma que “a complexidade da comunicação continua a enfrentar o desafio da compreensão”. Por isso, os profissionais devem conhecer os princípios deste processo e desenvolver habilidades para que a comunicação seja eficaz com os surdos e deficientes auditivos.

## Percepção dos deficientes auditivos e surdos em relação à inclusão nos hemocentros

Fala-se, cada vez mais, em inclusão das pessoas com deficiência na sociedade. Percebe-se que elas não precisam “preparar-se” para a escola, o trabalho ou o lazer, mas a sociedade deve adaptar-se para atender às suas necessidades, trazer para dentro do sistema os grupos de “excluídos” e, paralelamente, melhorar a qualidade de vida de todos. Foi nesse contexto que, durante o desenvolvimento desta pesquisa, buscou-se inserir os surdos. Para isso, foi agendada a visita da comunidade surda ao hemocentro. Cerca de 24 surdos visitaram o hemocentro e, com auxílio de uma intérprete de Libras, foi possível estreitar esses dois mundos.

Libras é um termo consagrado pela comunidade surda brasileira, e possui estrutura gramatical própria. A população deficiente auditiva e surda tenta, cada vez mais, empreendê-la nos meios em que vivem como sugerem as falas a seguir:

*Todos os profissionais da saúde precisam aprender Libras, usar classificadores e sinais para a comunicação ficar clara. (Todos profissionais saúde precisam aprender Libras usa classificadores sinais p comunicação ficar clara). (Aluno 1)*

*Acho importante os profissionais aprenderem a comunicação através de Libras. (Importante comunicação em Libras profissionais saber a aprender língua de sinais). (Aluno 2)*

Nessa comunidade, há uma constante luta em divulgar a Língua Brasileira de Sinais, sendo a língua natural utilizada por eles, que não é universal, pois da mesma forma que a linguagem oral difere nos países, a língua de sinais pode até mesmo apresentar sinais que variam regionalmente ou entre comunidades de surdos de uma mesma localidade (ROCHA; STUMPF, 1996).

Após conhecerem o hemocentro, os surdos e deficientes auditivos consideraram a hipótese de doar sangue, como fica explícito na fala a seguir:

*Agora quero doar sangue, entendi que a partir disso as pessoas podem viver. (Agora quero doar por que doa para pessoas necessitam viver). (Aluno 3)*

*Futuramente vou doar sangue. (Futuro doar sangue). (Aluno 4)*

É possível observar também que a escrita dos surdos e deficientes auditivos difere da escrita dos ouvintes. Segundo Silva (2001, p. 152), “durante a aquisição da linguagem escrita pelo aluno surdo é muito comum o acontecimento da interlíngua”. A autora refere ainda que, quando estão tentando elaborar mentalmente uma frase em português, há interferência das Libras e, muitas vezes, a frase escrita constará das duas línguas. A essa mistura chamamos de interlíngua, ou seja, o aluno não se adaptou ao português completamente e não se distanciou das Libras. As pesquisas que abordam o uso das Libras pelos profissionais da saúde são poucas. Observa-se que o comportamento não verbal impede um vínculo efetivo entre cliente e profissional. Portanto, em sua formação, é essencial o aprendizado das Libras, como sugerem também os surdos neste estudo (BARBOSA et al., 2003).

*Os profissionais da saúde precisam aprender LIBRAS nos seus cursos de graduação. (Aluno 4)*

Por que, então, não se preparar? Para aceitar o surdo, é preciso aceitar sua língua, sua forma de comunicar e entrosar-se com o mundo. Cabe aos profissionais da saúde e às instituições de ensino o importante papel de prepararem-se para essa realidade.

As dificuldades de comunicação podem se tornar uma barreira ao sucesso do atendimento em qualquer ambiente da saúde. Refletir sobre os entraves causados por um diálogo ineficiente poderá evitar desordens mais complexas como o fato ocorrido com um dos sujeitos.

*Tive muito doente [...] meu companheiro também é surdo, no posto de saúde que fui me deram remédio e falaram que podia voltar para casa que não era nada sério. Depois de dois dias com dor fui operada. Fiquei internada, ninguém pôde ficar comigo, estava sozinha, os profissionais do hospital não sabiam conversar comigo, passei mal, chorei, tudo sozinha. (Aluno 5)*

Esse relato mostra que a exclusão ainda ocorre na assistência à saúde oferecida aos surdos. Uma “sociedade para todos”, que valorize a diversidade, está a desejar (BARBOSA et al., 2003). A força da legislação não tem sido suficiente para atingir a sociedade brasileira no que se refere à inclusão. Houve avanços, mas ainda se pensa e age no âmbito do conceito da integração e da integralidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível observar, por meio da realização deste estudo, que os profissionais da saúde desconheciam a realidade dos deficientes auditivos e surdos e, de certa forma, os excluía pela falta de conhecimento. Nesse contexto, a inclusão dos surdos e deficientes auditivos na área da saúde torna-se relevante, uma vez que esta população deveria ser usuária dos serviços de saúde como os ouvintes, tendo a mesma qualidade no atendimento.

Sendo assim, a capacitação em Libras para os profissionais do hemocentro foi de grande valia para o serviço e para a comunidade surda. Além do conhecimento de outra língua, os profissionais puderam conhecer outra realidade, em que a superação está inserida no contexto do dia a dia. Além disso, os profissionais puderam ter contato com surdos e praticar a Língua Brasileira de Sinais.

O estudo permitiu ainda uma reflexão acerca da percepção dos surdos como possíveis doadores de sangue. Pode-se ressaltar que os surdos se sentiram acolhidos por meio do desenvolvimento desta capacitação, pois, ao chegarem ao hemocentro, a comunicação pôde ser efetivada com êxito.

No que se refere ao desenvolvimento de um serviço hemoterápico, há a percepção de que o profissional enfermeiro é um líder dentro dessa esfera da saúde, e pode interagir proativamente de modo que o serviço esteja favorável à vinda de todos os indivíduos, com o auxílio da sua equipe. No entanto, constata-se que a atual desarticulação das equipes de saúde com a comunidade de surdos, contribui de maneira preponderante para o enfraquecimento da relação entre profissionais e possíveis doadores.

Por fim, uma verdadeira sociedade inclusiva passa também pelo cuidado com a comunicação, e a língua de Libras vem ao encontro deste cuidado, pois, embora brasileira e reconhecida como língua oficial, não deixa de ser algo desconhecido e temeroso, o que causa contradições, principalmente para os ouvintes.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2013.

BARBOSA, M. A. et al. Linguagem Brasileira de Sinais - Um desafio para a assistência de enfermagem. **Rev. Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 247-251, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em <URL:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. **Lei Nº. 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 24 abr. 2002.

\_\_\_\_\_. Agência nacional de vigilância sanitária. Resolução - **RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde do Brasil. 2007. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 28 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1f7IMv0>> Acesso em: 28 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, D. B. et al. Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1QmYu2r>>. Acesso em: 11 out. 2013.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://bit.ly/18PDXFc>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

KOERICH, M. S. et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 3, p. 717-723, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1BHV1EE>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENEZES, E. T.; SANTOS, T. H. LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) (Verbetes). In: **Dicionário Interativo da Educação Brasileira**. Educa Brasil. São Paulo: Midiamix Editora, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. p. 350. Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal. Estabelecimentos farmacêuticos. Brasília: CRF-DF, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** Universidade de São Paulo, 2003.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004.

PAGLIUCA, L. M. F.; FIÚZA, N. L. G.; REBOUÇAS, C. B. A. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 411-418, 2007.

ROCHA, A. C.; STUMPF, M. R. Sistema de Representação Interna e Externa das Línguas de Sinais. In: 2º CONGRESSO IBEROAMERICANO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA Y AUMENTATIVA, Viña del Mar, 1996. **Anais...** Chile, 1996.

SILVA, Marília da Piedade Marinho. **A construção de sentidos na escrita do aluno surdo.** São Paulo: Plexus, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hearing AIDS and services for developing countries. **Rev. Panam. Salud. Pública**, v. 10, p. 139-142, 2001.



# REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE DAS TRAVESTIS: UMA REVISÃO NARRATIVA

---

Elisa Flores  
Martha Helena Souza  
Maria Helena Gehlen  
Rosiane Filipin Rangel

## RESUMO

Neste trabalho, teve-se como objetivo identificar as produções científicas existentes na literatura acerca da temática saúde das travestis. Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura, com busca nos artigos pelas bases de dados LILACS e pelo portal de dados SCIELO, com as palavras-chave travesti, saúde e doença, no período de setembro a outubro de 2012. A partir da análise dos artigos selecionados para este estudo, elaboraram-se duas categorias temáticas: os riscos para a saúde das travestis e políticas públicas de saúde para as travestis. Observou-se pelos resultados que o tema não vem sendo estudado na área da saúde, sendo importante a realização de pesquisas para a reflexão de políticas públicas para este segmento da comunidade, pois é um grupo estigmatizado e que necessita do fortalecimento de políticas públicas de saúde que visem intensificar a equidade, a universalidade, eliminar discriminações, combater preconceitos e todo tipo de violência.

**Palavras-chave:** Travestis. Saúde. Doença.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o conceito de saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um conceito bem mais amplo em que o foco principal é a promoção da saúde e a qualidade de vida do indivíduo. A saúde é considerada, portanto, resultado das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde, entre outros (BRASIL, 1988).

Percebe-se que a concepção de saúde se amplia por meio de um conjunto de relações e suas variáveis. Assim, se passa a considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais, entre outros (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

A saúde, portanto, é construída e vivida pelos indivíduos e comunidade a partir daquilo que vivem e fazem no seu dia a dia: onde as pessoas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta por condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (CARTA DE OTAWA, 1986).

Ao tomar como parâmetro a perspectiva ampliada de saúde, preconizada como direito de cidadania e bem-estar social pela Constituição de 1988, a saúde é um direito universal, cuja atenção deve estender-se a todos, independentemente da classe social, sexo, cor e outros.

Embora alguns avanços tenham se apresentado nos últimos anos, estudos mostram que os serviços de saúde tendem a se organizar para uma clientela heterossexual, de modo que se limitam suas possibilidades de atuação efetiva junto a usuários LGBTTs - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Pesquisas apontam que as práticas sexuais ou identidades sexuais não normativas de usuários dos serviços de saúde podem interferir negativamente nas formas de cuidado que recebem (NEVILLE; HENRICKSON, 2006).

Com o atual alargamento da perspectiva da integralidade da atenção à saúde de todos os segmentos populacionais brasileiros, se reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero constituem situações complexas.

Podem ser caracterizados como fatores de vulnerabilidade à saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população de homossexuais e travestis a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, os quais violam seus direitos humanos, como o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008a).

Segundo Benedetti (2000), o termo travesti está relacionado a pessoas que produzem ao corpo uma condição feminina, mas que mantêm a identidade masculina em suas relações. Silva e Barboza (2005) indicam que as travestis escapam da classificação de gênero tradicional por viverem enquanto mulheres em um corpo biológico de homem e por apresentarem características tanto femininas quanto masculinas, em que homem e mulher coexistem.

Nesse contexto, cabe ressaltar que, para as travestis, o corpo é muito valioso, é mais que vaidade, é instrumento de afirmação de si mesmas. De acordo com Santos (2006), é por meio do olhar do outro que nos construímos como indivíduos. Sendo assim, a transformação no corpo acaba se tornando fundamental, e as travestis vão modificando-o de maneira permanente, principalmente por meio do uso de hormônios femininos sem orientações médicas, silicoes industriais e outras características que compõem o universo da travestilidade.

Com isso, na maioria das vezes, prejudicam a saúde e colocam a vida em risco, inclusive a experiência da “bombada” (autoinjetar-se ou ter injetado silicone líquido por outros) que as expõem a infecções, ao risco de contraírem HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e outras enfermidades, tudo em busca da aparência feminina idealizada (PERES, 2005).

Assim, no ano de 2004, novos programas e políticas de saúde voltados aos direitos humanos e à cidadania da população LGBT foram projetados e criados, como o Programa Brasil Sem Homofobia e o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT. Essas ações indicaram um novo plano de ação na área de saúde, abriram novos horizontes a esta população, sem vincular suas políticas públicas de saúde somente a DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (BRASIL, 2004).

O atendimento integral à saúde de travestis, lésbicas, gays e bissexuais surge em 2008 com a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, que visa à disposição de abraçar e compreender os LGBT em maior número de demandas (BRASIL, 2008b). E, nesse mesmo ano, o governo Federal, junto à Secretaria de Diretos Humanos, realizou a 1ª Conferência Nacional LGBT.

Em 2009, surgiu o Plano Nacional de Promoção de Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na busca de solidificações de políticas públicas que possam suprir as necessidades, fragilidades, potencialidades e direitos da população envolvida (SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2009).

Diante da escassez dos dados de pesquisas no processo saúde-doença da população deste estudo, devem ser consideradas as condições e representações sociais associadas à população de travestis, a fim de compreender que os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente (LIONÇO, 2008).

Tendo em vista o exposto, questiona-se: Quais as produções científicas existentes na literatura acerca da temática saúde dos travestis?

Nesta pesquisa, teve-se como objetivo identificar as produções científicas existentes na literatura acerca da temática saúde das travestis.

## **METODOLOGIA**

Adotou-se, neste estudo, a revisão narrativa de literatura com base em pesquisa bibliográfica. Não foi utilizada delimitação temporal devido à escassez de referências sobre o tema proposto.

Para delinear e proporcionar suporte a este estudo, foram estabelecidos critérios de inclusão para a seleção da amostra: artigos publicados em periódicos nacionais e artigos que abordam a temática da saúde das travestis, disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico. Como critérios de exclusão, foram utilizados os seguintes itens: pesquisas que não contemplassem o objetivo do presente trabalho, artigos ou dissertações não disponíveis nos meios eletrônicos e também os que não estivessem disponíveis na íntegra.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), pelas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e no portal Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no período de setembro e outubro 2012, a partir das palavras-chave travesti, saúde e doença.

Foram encontrados 23 artigos com foco nas palavras-chave deste estudo. Dos 23 artigos, seis não foram encontrados na íntegra e 11 não estavam de acordo com a temática do estudo. Por isso, foram descartados da pesquisa.

Referente aos aspectos éticos, por ser uma pesquisa bibliográfica, não foi necessária a aprovação do comitê de ética nem a concessão dos autores, já que se trata de publicações disponíveis nos meios eletrônicos no banco de dados da internet. Desse modo, facilita a busca e a difusão de produção científica por profissionais e estudantes da área da saúde.

Desenvolveu-se análise de conteúdo, que conta de três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (BARDIN, 2009). A primeira etapa possibilitou uma visão abrangente do conteúdo dos artigos por meio de leitura flutuante e fichamento. Para tanto, utilizou-se ficha de extração dos dados composta das variáveis: objetivo, abordagem metodológica, método, cenário, sujeitos e resultados.

A etapa de exploração do material foi desenvolvida a partir da transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com uma leitura exaustiva dos textos, foi desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados. Foram elaboradas categorias temáticas, com referências dos autores e análise sintética dos textos. Por fim, na etapa de interpretação dos resultados, foram observadas as convergências e divergências existentes sob a ótica de diferentes autores.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para análise e discussão dos dados deste estudo, foi utilizada uma amostra de seis artigos. Para a seleção dessa amostra, foram considerados os critérios de exclusão e inclusão. Por fim, os dados foram caracterizados como se demonstra no quadro a seguir.

**Quadro 01** - Quadro sinóptico referente aos achados do estudo.

	<b>TÍTULO</b>	<b>ANO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>ÁREA DOS AUTORES</b>
<b>1</b>	Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade.	2011	Mello, Luiz; Perilo, Marcelo; Braz, Camilo Albuquerque de; Pedrosa, Cláudio.	Analisar as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) no Brasil, a partir de entrevistas com gestoras governamentais e com integrantes da sociedade civil organizada.	Etnografia	Antropologia
<b>2</b>	L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser europeia e o babado da prostituição.	2008	Flávia do Bonsucesso Teixeira.	Neste artigo, objetiva-se oferecer uma leitura parcial, da circulação das travestis no mercado do sexo na Itália, e demonstrar que a constituição de suas redes marcadas pelo gênero e laços de amizades, guarda semelhanças com as redes acionadas por outros imigrantes em busca de uma nova vida em outro lugar.	Relato de experiência	Sociologia
<b>3</b>	O jogo do nome nas subjetividades travestis.	2011	Próchno, Caio César Souza Camargo; Rocha, Rita Martins Godoy.	Este estudo traz uma problematização no direito personalíssimo do nome no encontro com as subjetividades travestis.	Relato de experiência	Psicologia Social

4	Intertextualidade: a construção discursiva de identidades na prevenção de DST/AIDS entre travestis.	2010	Rodrigo Borba.	Descreve a construção de identidades de gênero e sexualidade em intervenções para distribuição de preservativos entre travestis que se prostituem em uma região urbana do sul do Brasil.	Etnografia	Letras
5	A informação social no corpo travesti (Belém, Pará): uma análise sob a perspectiva de Erving Goffman.	2009	Rubens da Silva Ferreira.	Partindo da noção de informação social de Goffman, neste trabalho, objetiva-se fazer uma leitura dos corpos dos sujeitos em questão, o que se dá sob uma perspectiva relacional.	Etnografia	Biblioteconomia
6	Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS.	2007	Larissa Maués Pelúcio Silva.	Esta tese foca a discussão do modelo oficial preventivo para DST/aids voltado às travestis que se prostituem na cidade de São Paulo. Por meio de pesquisa etnográfica, buscou-se investigar o modo como o discurso preventivo circula no “universo travesti” e qual a lógica que preside esse processo, do ponto de vista do ethos diferenciado desta clientela.	Etnografia	Antropologia

A partir da análise do quadro acima, observa-se que o tema do referido estudo é pouco discutido, principalmente no cenário da saúde. A partir da análise de conteúdo, elaboraram-se duas categorias temáticas: os riscos para a saúde das travestis e políticas públicas de saúde para as travestis.

## **Os riscos para a saúde das travestis**

Viver em risco faz parte do universo das travestis, e o primeiro passo é dado por meio do uso de hormônios, que, simbolicamente, é considerado “um alimento do corpo”. Sendo assim, o hormônio é diretamente vinculado à feminilidade, já que permite a mudança na voz e também no corpo, principalmente se essa substância for ingerida desde cedo. Pelúcio (2009) afirma que ingerir hormônios femininos em grandes quantidades e/ou submeter-se a longas sessões para “bombar” o corpo é uma das formas mais reconhecidas de entrada no mundo travesti.

Por meio das interações sociais com outras travestis, as iniciantes conseguem ter acesso às informações que irão auxiliá-las no investimento necessário ao aperfeiçoamento corporal. As modificações no corpo são o marco fundamental que as diferencia de outros indivíduos que compõem a diversidade do universo sexual, notadamente no que se refere aos gays, aos transformistas, às drag queens e às crossdressers, ou, ainda, para distingui-las entre as transexuais<sup>1</sup>.

Com o desejo de se tornar cada vez mais belas, as travestis buscam técnicas para moldar o corpo, de maneira que se aproxime das formas femininas, mas sem realizar a cirurgia de mudança de sexo<sup>3</sup>, e um dos procedimentos mais conhecidos e procurados entre elas é o silicone industrial obtido por intermédio das “bombadeiras”. A maioria das travestis sabe que “se bombear” é perigoso, mas, mesmo assim, grande parte parece não se importar com o perigo, mas sim com o resultado esperado, ou seja, o corpo desejado. Pode-se afirmar que, na maioria das vezes, as mudanças físicas realizadas no corpo das travestis são cometidas clandestinamente, pois somente uma pequena porcentagem dessas possui condições econômicas de consultar um cirurgião plástico. Desse modo, acabam

nas mãos de pessoas não capacitadas que utilizam o silicone industrial, anteriormente mencionado, o que causa inúmeros danos à saúde da população envolvida. Entre esses danos, Peres (2005) cita que o uso do silicone industrial pode causar abscessos, infecções, rejeição ao organismo e deformações quando este escorre em cavidades não previstas.

O abandono familiar, o estigma e a falta de oportunidades levam a outro fator importante a ser discutido neste estudo, a prostituição como obtenção de renda e também o turismo sexual com travestis de baixa renda que sonham em trabalhar fora do Brasil, o que acarreta problemáticas, como as brigas por territórios, a violência muitas vezes praticada por clientes, a exploração sexual vivenciada principalmente pelas travestis que buscam uma vida melhor fora do país e os constantes riscos de estarem expostas a DSTs que afetam diretamente a saúde da população deste estudo<sup>2</sup>. Conforme Mott (1997), as travestis, apesar de constituírem uma população tão diminuída, quando quantificadas em relação ao número da população brasileira, é o segmento mais vulnerável ao HIV, já que quase todas vivem da prestação de serviços sexuais, expondo-se, por conseguinte, ao risco de infecção pelo HIV por meio das práticas homossexuais desprotegidas e a prostituição.

Nesse contexto, pode-se afirmar que se necessita de garantia e acesso aos direitos civis e à saúde da população LGBT, bem como da conscientização dos gestores públicos para que possibilitem a implantação de novas políticas públicas que visem fortalecer a equidade, a universalidade. Além disso, é preciso eliminar discriminações e combater preconceitos e todo tipo de violência, a fim de enfatizar a universalidade dos direitos humanos e contribuir na luta contra o abuso dos direitos humanos, bem como o preconceito aos travestis.

## **Políticas públicas de saúde para as travestis**

Conforme a Constituição Federal de 1988,

a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Nesse documento, o legislador tratou as pessoas como iguais, possuidoras dos mesmos direitos, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Apesar de a saúde ser um direito assegurado por lei, ainda há grandes dificuldades em consolidar um atendimento de qualidade, sem estigmas e preconceitos à comunidade LGBT. Neste ínterim, Bento (2006) afirma que a exclusão das travestis é percebida nas políticas públicas, visto que, no Brasil, o Estado passou a fazer e pensar em políticas públicas para as travestis quando este foi considerado um “grupo de risco” desde a epidemia da AIDS, vinculada à população desse gênero. Nesse contexto, fica clara a necessidade de criação de políticas de saúde sólidas que visem à redução de vulnerabilidade, de modo a estabelecer como princípios a prevenção, promoção e atenção integral à saúde LGBT que reconheça as especificidades desta demanda e que as veja com um olhar integral e não somente com políticas assistencialistas<sup>4</sup>.

A exclusão e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à integralidade da atenção a essa população têm constituído um dos principais focos de reivindicação das travestis, pois o grupo deste estudo se considera invisível para as políticas públicas de saúde<sup>5</sup>. Com isso, Silva e Barboza (2005) apontam que a busca por uma saúde pública que respeite suas necessidades é parte integrante da agenda de luta do movimento das travestis.

Dificuldades, como o nome civil, aparecem para as travestis como rotina nos serviços de saúde. A mudança de nome está geralmente associada à patologia designada como transtorno de identidade de gênero. Nesses casos, há o discurso jurídico e médico para autorizar a alteração<sup>3</sup>.

Em 2006, uma importante iniciativa com vistas para a promoção do acesso universal ao sistema de saúde foi implementada na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2007), a qual foi o direito ao uso do nome social, seja nos serviços especializados já existentes que acolhem travestis, seja em quaisquer outros serviços dispostos na rede pública. Com isso, os profissionais de saúde precisam contribuir na luta contra o abuso dos direitos humanos, fazendo valer essas conquistas. Esses

profissionais necessitam estar engajados a promover práticas sociais que não permitam a violação dos direitos das pessoas, independente da orientação sexual e identidade de gênero.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, possibilitou-se concluir que a literatura brasileira tem produzido poucas pesquisas voltadas à temática da saúde das travestis, pois é um grupo que requer uma atenção diferente, e também necessita de estímulos para o fortalecimento das políticas públicas existentes, bem como o planejamento das que se fizerem necessárias frente à demanda.

Salienta-se que a enfermagem, como prática humanizada que se envolve com questões éticas, políticas e sociais, deve compreender e reconhecer que o grupo deste estudo necessita de um cuidado especial e diferenciado especificado nas políticas de direitos humanos.

Percebeu-se, com a realização deste estudo, a ausência da enfermagem no debate acerca do tema proposto pela presente pesquisa. Tendo em vista a vulnerabilidade da população estudada, torna-se relevante que sejam desenvolvidas pesquisas referentes à saúde das travestis, visando a um cuidado de enfermagem adequado às suas reais necessidades.

Assim, torna-se um grande desafio para profissionais da saúde e gestores de políticas públicas de saúde desenvolver ações e estratégias para englobar o público-alvo deste estudo dentro dos serviços de saúde. Nesse contexto, vale lembrar que estes têm os mesmos direitos, independente da orientação sexual.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; VIEIRA, C. A. L. **Distritos Sanitários: Conceção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BENEDETTI, M. A batalha e o corpo: breves reflexões sobre travesti e prostituição. **Cidadania Sexual**, v. 1, n. 1, p. 42, 2000.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**: Sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamound, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: Ilustrada. Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra LGTB e promoção da cidadania homossexual. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transsexuais**. Ministério da Saúde. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais-LGBT**. Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://bit.ly/1JnJYai>>. Acesso em: 10 ago. 2012.

CARTA DE OTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, novembro de 1986**. Disponível em: <<http://bit.ly/1d1BjGf>>. Acesso em: 18 abr. 2012.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a População GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 02, abr./jun. 2008.

MOTT, L. **A Construção da cidadania homossexual no Brasil**. São Paulo, 1997.

NEVILLE, S.; HENRICKSON, M. **Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services**. Klitzman R, Greenberg, 2006.

PELUCIO, L. **Abjeção e desejo**: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

PERES, W. **Travestis Brasileiras**: construindo identidades cidadãs: movimentos sociais, educação e sexualidades. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

SANTOS, P. Travestis: corpos ambíguos, gêneros em cheque. Net, 2006. SIMPÓSIO TEMÁTICO 16: SEXUALIDADES, CORPORALIDADES E TRANSGÊNEROS: NARRATIVAS FORA DA ORDEM, de 28/08 a 30/08 de 2006, Florianópolis, SC. **Anais...** Florianópolis, SC, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1eNHtm9>>. Acesso em: 02 maio 2012.

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília, 2009.

SILVA, A. S; BARBOZA, R. **Diversidade Sexual, gênero e exclusão social na produção da consciência política dos travestis**. São Paulo: Athenea Digital, 2005.



# ENFERMAGEM NA SALA DE AULA: UM ESPAÇO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

---

Bárbara Leão de Brum  
Carla Lizandra de Lima Ferreira  
Adriana Dall'Asta Pereira  
Claudia Maria Gabert Diaz

## RESUMO

Com este trabalho, objetivou-se identificar o que os adolescentes conhecem sobre HPV e realizar educação em saúde por meio de atividades educativas. Trata-se de uma pesquisa-ação, envolvendo estudantes de 6º, 7º e 8º anos de uma escola estadual do município de Santa Maria - RS. A partir dos resultados, que apontam para uma carência de informações fundamentais para a prevenção do HPV, elaborou-se um plano de ação por meio de atividades educativas. O resultado desse processo mostrou que o enfermeiro deve atuar nas escolas, ambiente propício para o aprendizado junto aos adolescentes. A metodologia da pesquisa-ação pôde identificar necessidades e tornou-se uma experiência positiva para essa população específica, que demonstrou grande interesse em aprender questões relacionadas à educação sexual.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Pesquisa-ação. Educação em Saúde.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde registra, a cada ano, 137 mil novos casos de HPV no Brasil, vírus responsável por 90% dos casos de câncer uterino. As principais vítimas são mulheres com idade de 15 a 25 anos, porém a doença também acomete os homens (BRASIL, 2011a).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011b), o câncer de colo uterino está em segundo lugar como mais incidente na população brasileira feminina. Pesquisas apontam que 80% das mulheres que têm vida sexualmente ativa irão adquirir HPV. O papilomavírus humano tem um futuro desconhecido, pois é um fator que desencadeia o câncer do colo uterino, mas não é suficiente para o desenvolvimento da doença (BRASIL, 2011a).

Para a prevenção primária, que consiste na diminuição do risco de contágio pelo papilomavírus humano (HPV), é indispensável o uso de preservativos durante o ato sexual com penetração, porém a proteção será parcial, pois, além de o contágio ocorrer pelo contato sexual, o vírus também é transmitido pelo contato com a pele da vulva, região perineal e bolsa escrotal (BRASIL, 2011b).

Outro método preventivo do HPV é a vacinação, que está inserida no calendário vacinal com esquema completo de 3 doses. A vacina é altamente eficaz e inclui a produção de anticorpos em quantidades 10 vezes maior do que a encontrada em infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos (BRASIL, 2014).

A iniciação sexual na adolescência é problemática, uma vez que nem todos os adolescentes têm acesso a informações de prevenção a doenças, como as DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), e os agravos para a saúde, bem como a prevenção da gravidez. Essa ideia reforça a importância de os profissionais de enfermagem se inserirem no espaço escolar para ações preventivas (RODRIGUES; FERREIRA; PEREIRA, 2009).

A partir do conhecimento das crenças, mitos e tabus sobre o HPV, é possível identificar ações de educação em saúde, para melhor esclarecer dúvidas e identificar demandas que os adolescentes têm

sobre o HPV (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Para isso, é necessário adotar estratégias e expandir seus conhecimentos. A pesquisa-ação pode ser uma atitude proativa para colaborar com a minimização de problemas na coletividade.

O profissional de saúde, ao obter uma visão ampliada, com qualificação, poderá fornecer orientações necessárias e promover uma relação de confiança com o adolescente, o que é importante para esclarecer dúvidas, minimizar preconceitos e tabus que envolvem os assuntos relacionados à sexualidade (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007).

A enfermagem é uma profissão com formação para assistir o indivíduo em todas as etapas da vida e promover ações e programas voltados para a saúde do adolescente e sua família (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Nesse viés, é importante que os profissionais de enfermagem estejam inseridos no espaço escolar, no qual podem exercer o papel de pesquisadores e educadores e, a partir disso, promover a saúde dos adolescentes, investigar o conhecimento que eles têm sobre as doenças e, assim, atender às demandas existentes. Por meio da Educação em Saúde, é possível sensibilizar os adolescentes para o autocuidado e a prevenção de doenças, entre elas, o HPV.

Sendo assim, constitui-se como questão de pesquisa: Qual o conhecimento dos adolescentes sobre HPV? Objetiva-se, com esta pesquisa, identificar o que os adolescentes conhecem sobre HPV e realizar educação em saúde por meio de atividades educativas. Além disso, pretende-se instrumentalizar os adolescentes sobre a prevenção do HPV, por meio de atividades educativas que oportunizem os adolescentes a esclarecer dúvidas sobre o HPV; Promover a saúde do adolescente frente à sensibilização para a importância da prevenção do HPV.

## **METODOLOGIA**

O estudo constitui uma pesquisa-ação com abordagem quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa visa conhecer o que os adolescentes sabem sobre HPV para, a partir disso, planejar as atividades na etapa

do plano de ação. No que se refere à abordagem qualitativa, executada na 9ª etapa, foram avaliados os resultados alcançados. Na pesquisa-ação, apropria-se de métodos e técnicas da pesquisa social, o que fornece uma estratégia complexa e abrangente, de caráter coletivo, participativo e ativo na obtenção de informações e na tomada de decisões para transformação da realidade (MONTEIRO et al., 2010). Nesse tipo de pesquisa, considera-se a ação do pesquisador e dos envolvidos (GIL, 2008).

A pesquisa-ação deve ser realizada em um meio de interlocução em que os sujeitos envolvidos colaboram para a resolução dos problemas, com conhecimentos diferenciados para aplicar ações de resolutividade. O pesquisador deve desempenhar um papel de articulador e facilitador e estar em contato com os pesquisados (THIOLLENT, 2008).

O estudo foi realizado em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, na cidade de Santa Maria - RS. A escola tem uma média de 600 alunos, divididos em três turnos. Os sujeitos participantes da pesquisa, convidados de forma intencional, são adolescentes de 6º, 7º e 8º anos do ensino fundamental. Como critérios de inclusão, definiu-se que os adolescentes deveriam estar nos anos supracitados e ter idade entre 12 e 18. Além disso, os pais deveriam autorizar a participação do filho por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O ECA, Estatuto da Criança e do Adolescente, considera adolescente a pessoa que tem idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 2005). Por isso, foram selecionados os jovens dessa faixa etária. Os participantes, em um total de 27 pessoas, tinham, na época da pesquisa, idade entre 12 e 15 anos.

Após aprovação do projeto, autorização dos responsáveis e assentimento dos adolescentes, iniciaram-se as etapas da pesquisa-ação. A coleta de dados e a análise foram descritas por meio de um alinhamento que identificou todo processo da pesquisa-ação (GIL, 2008). Assim, o estudo foi sendo norteado por meio das etapas que seguem:

A **1ª etapa** foi compreendida como a **fase exploratória**, na qual se determinou o campo de investigação. Nessa etapa, houve o contato com a escola e a imersão na literatura.

Na **2ª etapa**, foi formulado o **problema de pesquisa**, quando se identificou a questão problema a partir do que existe na literatura a respeito do que é necessário ser investigado.

A **3ª etapa**, compreendida como **construção de hipóteses**, apresenta uma revisão de literatura sobre a vulnerabilidade dos adolescentes frente à infecção do HPV.

Na **4ª etapa**, foram elaboradas as **diretrizes da pesquisa** por meio do diálogo com a direção da escola e professores, sensibilizando-os para a importância da realização da pesquisa.

Na **5ª etapa**, foram selecionados os **sujeitos para o estudo**. A seleção foi realizada de acordo com todos os aspectos éticos de uma pesquisa que envolve adolescentes. Os critérios de inclusão e exclusão determinaram a faixa etária dos alunos que participaram da pesquisa.

Na **6ª etapa**, foi feita a **coleta de dados** por meio de um questionário, a fim de ter estratégias para obtenção das informações a respeito do conhecimento sobre o tema. Os questionários foram distribuídos para 27 alunos, 13 meninas e 14 meninos. Vinte questionários foram respondidos por alunos do 8º ano, quatro, por alunos do 7º ano e três, por alunos do 6º ano.

A **7ª etapa** foi de **apreciação quantitativa e avaliação do conhecimento**. Assim, delineou-se o plano de ação obtido pelo método estatístico simples.

Na **8ª etapa**, foi **elaborado o plano de ação** a partir da análise quantitativa e elaborados os encontros com os adolescentes.

Na **9ª etapa**, foi feita a **avaliação dos resultados**, compreendida, neste estudo, como avaliação do processo. Após a elaboração e implementação do plano de ação, foi realizada uma avaliação dos cartazes confeccionados pelos participantes da pesquisa e das apresentações dos adolescentes por meio da análise do conteúdo (BARDIN, 2010). Assim, foram elaboradas as categorias após terem sido executadas as fases de pré-análise e exploração do material.

Os aspectos éticos foram respeitados, e a pesquisa obteve aprovação sob o nº 403.2011.2, no Comitê de Ética, com registro no CONEP: 1246.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, serão apresentados os dados que sofreram análise estatística simples. Posteriormente, será apresentado o processo no qual ocorreu a elaboração do plano de ação e, a seguir, serão apresentadas as categorias encontradas a partir dos encontros realizados com os adolescentes.

Por meio dos questionários aplicados aos adolescentes, obtiveram-se resultados preocupantes, pois, entre os instrumentos aplicados, somente 11% dos adolescentes responderam o que seria uma DST e 89% responderam que não sabiam.

Quando questionados sobre a forma de transmissão do vírus HPV, 61% dos adolescentes responderam que não sabiam, 25% disseram ser pelo sexo, 14% pelo beijo e 61% não sabiam a forma de contaminação do vírus.

Quando questionados sobre os sinais e sintomas do HPV, 77% dos alunos marcaram a alternativa “não sei”, 8%, “dor nos órgãos genitais e febre” e 7% marcaram a alternativa “verrugas”. Frente a esses dados, concorda-se com Almeida e Centa (2009) quando destacam a importância de iniciar a educação sexual o mais precoce possível, pois, assim, as chances de prevenção aumentam. Os adolescentes devem ser vistos como pessoas sexualmente ativas, principalmente a partir dos 15 anos de idade, uma vez que necessitam de orientação contraceptiva e de prevenção de DST (MILELAS, 2008).

### Elaboração do plano de ação

A partir do delineamento dos resultados, que demonstram a necessidade de aprender mais sobre o HPV, foram planejados três encontros com os adolescentes.

O primeiro encontro baseou-se em uma teorização sobre o vírus HPV. O conteúdo foi elaborado a partir de informações obtidas pelo Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), com enfoque na prevenção, transmissão, sinais e sintomas e epidemiologia do vírus do HPV. Nos encon-

tros, utilizou-se um diálogo informal e descontraído a fim de promover um ambiente acolhedor e propício para as atividades.

A escola exerce um papel fundamental na vida dos adolescentes, pois, junto aos professores e aos serviços de saúde, deve desenvolver um diálogo entre pais e filhos, para que, assim, aumente o vínculo de relacionamentos entre ambos, de forma a estimular o diálogo aberto com a família (JESUS et al., 2011). Deve existir uma proximidade entre os profissionais de saúde e escola para que seja possível haver Educação em Saúde.

Os adolescentes permaneceram em silêncio e prestaram atenção durante a teorização do conteúdo. Ao término, perguntava-se se havia dúvidas, porém eles não faziam questionamentos. Diante desse comportamento dos adolescentes, pode-se inferir que o silêncio demonstra dificuldade para falar sobre o assunto, que a teorização motivou reflexões ou que eles precisam de tempo para absorver as informações recebidas.

No segundo encontro, as turmas foram divididas em três grupos homogêneos, identificados como grupo H, grupo P e grupo V. Foi solicitado aos alunos que elaborassem cartazes informativos sobre o HPV para, após, serem apresentados para os demais participantes. Para a elaboração dos cartazes, foram fornecidos materiais como revistas, cartolinas e os *slides* impressos da apresentação em projetor multimídia. Durante a confecção dos cartazes, ocorreu a interação entre a pesquisadora e adolescentes, com a finalidade de instigá-los e investigar se havia dúvidas. Surgiram alguns questionamentos sobre fisiologia, anatomia, outras doenças sexualmente transmissíveis, transmissão do HPV pelo sexo oral.

Quando se aborda o tema sexualidade, obtém-se uma infinidade de ideias e, com elas, o aparecimento de dúvidas, perturbações e expectativas, que se manifestam ao longo da vida (ALMEIDA; CENTA, 2009). A forma com que são realizadas as dinâmicas e orientações deve ser adaptada às diversas curiosidades dos adolescentes em relação a fatos e ao tema (VILELAS, 2008).

Nesse encontro, houve mais interação e participação da maior parte dos adolescentes. Pôde-se perceber que a dinâmica favorece a interlocução quando se aborda um tema delicado, como a sexualidade.

No terceiro encontro, os adolescentes apresentaram os cartazes com figuras de casais se relacionando, mulheres e homens com textos explicativos, abordando as formas de transmissão, prevenção e principais sinais e sintomas do vírus. Ao todo, foram confeccionados 15 cartazes entre as turmas, que, no geral, demonstraram criatividade. Os grupos que estavam mais intimidados na confecção dos cartazes os fizeram com poucas exposições de figuras, mas durante a apresentação foram expressivos. Os grupos que mais se manifestaram durante a elaboração dos cartazes utilizaram exposições de figuras e mais criatividade, estavam articulados nas apresentações e formas de se expressar.

### **Avaliação do processo**

A partir da execução das atividades, foi realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2010) para extrair os temas e significados que apareceram no espaço da sala de aula com grupos de adolescentes. Assim, foram sendo criadas categorias: aprendendo a falar sobre o HPV; a questão de gênero é perceptível na divisão dos grupos; enfermagem na escola: criando espaço para o aprendizado.

#### *Aprendendo a falar sobre o HPV*

Após a teorização, durante a oficina, houve a participação dos adolescentes. A atividade grupal é importante nessa faixa etária, pois a característica dos adolescentes é procurar no grupo de amigos sua identidade e as repostas para suas aflições, o que facilita a expressão de sentimentos e a troca de informações e conhecimentos, bem como a busca de soluções para seus problemas (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

A escola é um lugar onde ocorrem grandes descobertas e onde se descobrem e se disseminam informações. No entanto, quando as informações não vêm de fontes confiáveis, podem interferir de forma negativa no processo de educação em saúde, o que pode trazer sérios prejuízos aos adolescentes, como a contaminação com o vírus do HPV (SILVA; IZIDORO; SOBREIRA, 2009; SILVA et al., 2010).

Durante a apresentação das atividades, observou-se que os alunos estavam envolvidos com o tema, concentrados, atentos e dispostos para realização das atividades propostas. Diante disso, percebe-se o quanto os adolescentes necessitam ter um espaço para discutir sobre sua saúde.

### *Questão de gênero é perceptível na divisão dos grupos*

A afinidade entre os alunos foi fator determinante para formar os grupos durante a oficina. Houve grupos mistos, porém se destaca que a maioria dos grupos foi formada por distinção de gênero, ou seja, para falar sobre o assunto eles procuravam outros do mesmo sexo. Os meninos tiveram uma participação ativa nas atividades, destacando-se nas discussões e envolvimento sobre o tema, abordaram a necessidade do uso da camisinha e da realização da vacina. Observou-se que os meninos têm relação sexual mais precocemente do que as meninas.

Um grupo de meninos elaborou um cartaz com a figura de um homem e de uma mulher, no qual o homem diz: “*Hoje tem sexo*” e a mulher responde: “*Só se for com camisinha*” (7º B - grupo V). Nesse caso, percebeu-se que os meninos compreenderam a necessidade do uso da camisinha, logo os homens podem tomar iniciativas de prevenção. Isso demonstra que a prevenção está deixando de ser somente uma preocupação feminina.

Foram poucos os grupos compostos somente por meninas. Esses grupos, em geral, criaram histórias para abordar o tema, nas quais utilizaram imagens de casais. Apenas um grupo, composto por meninas, apresentou um casal homossexual, o que demonstrou que há o entendimento de que a transmissão do vírus do HPV também ocorre em casais homossexuais e que conhecem a importância do uso do preservativo.

Com este trabalho, teve-se a confirmação de que o enfermeiro deve desenvolver ações educativas por meio de estratégias que contribuam de forma correta e satisfatória para o amadurecimento dos adolescentes no que se refere à independência sexual com responsabilidade (SILVA; IZIDORO; SOBREIRA, 2009).

Durante a oficina, percebeu-se que os diálogos eram mais limitados quando o tema envolvia sexo e preservativos. Entre os grupos, houve um destaque maior na epidemiologia do vírus. Nesse viés, a maioria dos cartazes salientava que futuramente de 50 a 80% das mulheres serão infectadas com o vírus. Um cartaz apresentou uma imagem figurada e a representação da fala: *“Não faça com qualquer um, pois muitos podem ter HPV”* (8º B - grupo P).

No momento da apresentação dos cartazes, um grupo apresentou uma dramatização de duas adolescentes, na qual uma delas havia sido contaminada com o vírus do HPV e pedia auxílio para a amiga. Nessa apresentação, foram abordados temas de prevenção, transmissão e a importância do uso do preservativo, assim como a vulnerabilidade dos adolescentes frente às DSTs. Esse grupo teve um enfoque na amizade dos adolescentes, que procuram outros adolescentes da mesma idade para o esclarecimento de dúvidas e mitos, demonstrando, assim, confiança nos amigos da mesma faixa etária (7º B - grupo P).

Diante desses resultados, pode-se afirmar que há necessidade da criação de estratégias voltadas aos adolescentes, as quais estejam associadas ao diálogo, de modo que enfatizem as principais dúvidas e curiosidades próprias dessa fase e alertem para as situações de risco que acompanham essa faixa etária (JESUS et al., 2011).

As amizades, muitas vezes, demonstram ser benéficas, porém, ao trocarem ideias entre os pares, podem gerar troca de informações incorretas. Isso é preocupante, pois ideias e atitudes entre adolescentes geralmente ficam fortalecidas entre eles. Por isso, é importante trabalhar temas polêmicos em lugares educativos, por profissionais com experiência e com abordagem adequada à realidade dos adolescentes.

### *Enfermagem na escola: criando espaço para o aprendizado*

Ao se refletir sobre a atuação do profissional de saúde junto aos adolescentes, percebe-se que o enfermeiro pode ser um facilitador, pois, pela forma de abordagem que adota e o conhecimento que tem, é possível se aproximar dessa faixa etária e abordar assuntos relacionados à sexualidade.

A participação e interesse dos adolescentes durante a oficina demonstraram que esse tipo de dinâmica pode ser utilizado para um melhor aproveitamento no processo de ensino-aprendizagem. Pode-se fazer essa afirmação a partir dos questionamentos que surgiram durante a realização da oficina quanto à anatomia e fisiologia humana, assuntos relacionados a outras DSTs e suas formas de contaminação.

Observou-se uma lacuna sobre o conhecimento na prevenção do câncer de colo uterino e sexualidade no convívio familiar e, principalmente, a ausência do diálogo com os adolescentes. Diante disso, a educação em saúde na sala de aula deve ser estimulada por meio de campanhas que utilizem técnicas e linguagens apropriadas para esta população (CIRINO; NICHATA; BORGES, 2010).

As principais barreiras enfrentadas no trabalho em saúde sexual com adolescentes estão na falta de implementação das políticas propostas, ausência de programas adequados à realidade e a falta de envolvimento dos adolescentes. Os educadores, pais e fortalecedores de serviços sociais de saúde devem estar mais bem preparados para lidar com as questões sexuais dos adolescentes (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

Ao sugerir que levassem o material construído para casa, nenhum dos adolescentes manifestou interesse em fazer isso. Em relação aos pais, pode haver ainda barreiras na comunicação, principalmente quando se trata da sexualidade dos filhos, provavelmente por inibição, timidez e falta de iniciativa dos adolescentes. O empecilho pode estar associado ao distanciamento entre pais e filhos (VILELAS, 2008).

Os adolescentes brasileiros vivem em uma sociedade em que preconceitos ainda estão presentes na relação entre pais e filhos, igrejas, escolas, o que os leva a apresentarem dificuldade de desenvolver sua sexualidade, bem como de realizar um possível planejamento familiar, estando mais vulneráveis as DSTs (OLIVEIRA; CARVALHO; SILVA, 2008).

O encontro entre adolescente e profissional de enfermagem oportunizou um diálogo aberto por meio das oficinas, que foram um meio facilitador no processo de ensino-aprendizagem. Essa oportunidade motivou a exposição, por parte dos adolescentes, dos conhecimentos

adquiridos em pouco tempo, o que foi observado pelas reflexões e questionamentos sobre o tema.

Foi notório o crescimento no interesse e na participação dos adolescentes durante os encontros. A condução dos trabalhos com os adolescentes nessa proposta pode minimizar a vulnerabilidade ao HPV e promover a educação em saúde na escola.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do estudo, foi possível identificar a necessidade de se trabalhar o tema com os adolescentes. Por meio dos questionamentos sobre o vírus do HPV, percebeu-se a importância de que esse trabalho teve na vida de cada adolescente.

Por meio da metodologia da pesquisa-ação, foi possível identificar necessidades a partir das dúvidas dos próprios adolescentes. Assim, pode-se afirmar que a participação nesse trabalho foi uma experiência positiva para essa população, pois, por meio dos esclarecimentos, os adolescentes podem ter uma vida sexual mais saudável.

O trabalho mostrou o quanto os adolescentes estão vulneráveis às DSTs. Diante disso, ressalta-se a importância do trabalho dos profissionais de enfermagem junto às escolas, ambiente propício para o aprendizado.

Os adolescentes demonstraram grande interesse em aprender questões relacionadas à educação sexual, assim como um relacionamento mais aberto com o enfermeiro. Isso demonstra a importância da inserção da enfermagem na escola com atividades de educação em saúde junto aos adolescentes, já que esses devem ser agentes de sua própria saúde e responsáveis por suas próprias escolhas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. C. H.; CENTA, M. L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta paul. Enfermagem** [online], v. 22, n.1, p. 71-76, 2009.

ARAUJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. **Esc. Anna Nery** [online], v. 11, n. 3, p. 479-486, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - **Lei nº 8069, 13 de julho de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série E. Legislação de Saúde - MS). Disponível em: <[www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)>. Acesso em: 13 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://bit.ly/1ETqDXZ>>. Acesso em: 26 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Brasília: INCA. Disponível em: <<http://bit.ly/1QniGkB>>. Acesso em: 26 out. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia Prático sobre HPV**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010, 281 p.

CIRINO, F. S. B.; NICHATA, L. Y. I.; BORGES, A. L. V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. **Esc. Anna Nery** [online], v. 14, n. 1, p. 126-134, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 359-67, jun. 2011.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 167-74, mar. 2010.

OLIVEIRA, T. C., CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 61, n. 3, maio/jun. 2008.

RODRIGUES, J. A.; FERREIRA, C. L. L.; PEREIRA, A. D. A desmistificação da vulnerabilidade existente entre os adolescentes frente à prevenção do HIV. In: PEREIRA, A. D. [et al.] (Org.). **Interfaces da educação para a saúde na escola**. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, p. 97-134, 2009.

SILVA, K. L.; IZIDORO, I. F. R. V.; SOBREIRA, T. T. Métodos contraceptivos: estratégia educativa com adolescentes. **Rev. Renne.**, v. 10, n. 1, p. 145-151, 2009.

SILVA, A. S. C. et al. Questões associadas ao conhecimento prévio sobre HPV dos adolescentes em uma escola pública no município de Recife. In: X JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - UFRPE, 18 a 22 de outubro, 2010, Recife. **Anais...** Recife, 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2008.

VILELAS JANEIRO, J. M. S. Educar sexualmente os adolescentes: uma finalidade da família e da escola? **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 382-390, set. 2008.

# INFLUÊNCIA DA CULTURA FAMILIAR NO ALEITAMENTO MATERNO: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE

---

Viviane Queiroz Flain  
Claudia Maria Gabert Diaz  
Hilda Maria Barbosa de Freitas  
Regina Gema Santini Costenaro  
Laurinês Pozzobon

## RESUMO

Com esta pesquisa, objetivou-se conhecer as vivências e percepções da equipe de saúde acerca das influências familiares culturais que repercutem e influenciam na prática do aleitamento materno (AM) durante a internação hospitalar. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória. Participaram do estudo dez profissionais que integram a equipe de saúde da maternidade de um hospital público municipal, da cidade de Santa Maria - RS, no período de março a dezembro de 2011. A coleta dos dados ocorreu por meio de um questionário. A partir dos depoimentos, foi realizada leitura minuciosa e elencadas duas categorias de análise: Influência da cultura familiar diante do AM; A conduta do profissional diante do AM. Discutiu-se a necessidade de adoção de medidas simples, as quais abordam o cuidado integral e sistêmico, de forma que envolvam a equipe de saúde, puérperas e seus familiares, que podem representar a diferença para uma amamentação bem-sucedida. Evidencia-se que o envolvimento do profissional, quando efetivado integralmente, atende às necessidades individuais e valoriza a história de vida, a cultura, os anseios e dúvidas da nutriz.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Aleitamento materno. Cultura.

## INTRODUÇÃO

O ser humano tem a sua subjetividade, os seus hábitos, tabus e crenças fundamentados nas próprias experiências ou repassados por familiares e pessoas de seu convívio. A cultura é um fator de grande relevância no cuidado à saúde, pois o meio em que o indivíduo está inserido interfere no seu estilo de vida. Os aspectos sociais, religiosos e políticos influenciam na concepção de cuidado durante todas as fases da vida, inclusive na gestação e puerpério.

Os profissionais de saúde têm buscado rever os conceitos e teorias que orientam sua prática, para um cuidado cada vez mais próximo das necessidades dos usuários e do significado por eles atribuído ao processo de saúde-doença, a fim de se valorizarem e integrarem no cuidado experiências, sentimentos, valores e crenças dos usuários, na busca da promoção de qualidade de vida das pessoas e grupos (OLIVEIRA et al., 2009).

No entanto, as normas e condutas preestabelecidas em protocolos assistenciais nem sempre consideram esta realidade, assim deixam lacunas no atendimento. A abordagem biologicista é comumente observada na assistência puerperal, incluindo o aleitamento materno, quando desconsidera a complexidade de fatores que o influenciam, como a cultura familiar.

É preciso considerar os saberes intergeracionais e o suporte social da família para que a mulher-mãe-nutriz possa amamentar de forma tranquila e consiga cuidar do novo ser que se mostra ao mundo, alicerçada nos saberes adquiridos no grupo de pertença familiar de suas “mães-sogra”, bem como dos demais sistemas de cuidado humano (TEIXEIRA; NITSCHKE; SILVA, 2011). As influências culturais podem determinar práticas e condutas das mulheres no período gravídico-puerperal, no qual os profissionais da saúde, entre eles a enfermagem, devem aprender a trabalhar de forma flexível, a fim de valorizar a subjetividade e a integralidade do cuidado.

É importante abordar, discutir e refletir sobre as questões culturais que permeiam a prática do aleitamento materno, relativizando e

mergulhando nas diferentes culturas, nos diversos mundos e possibilitar ressignificações, sem imposições, autoritarismos ou paternalismos (TEIXEIRA et al., 2006).

As observações anteriormente descritas podem ser constatadas no cotidiano das Maternidades, vivenciadas em experiências acadêmicas no decorrer das atividades teórico-práticas e no estágio curricular, desenvolvido no Curso de Graduação em Enfermagem. Mesmo com inúmeros avanços relacionados à amamentação, como a legislação e programas de apoio e incentivo, existe a necessidade de aprofundar cientificamente as questões que envolvem o cuidado profissional, diante das influências culturais que permeiam a gestação e o puerpério.

Por se tratar de uma temática relevante, a qual requer discussões sobre o cotidiano dos serviços de saúde e as práticas profissionais, este estudo foi significativo e desafiador, uma vez que buscou responder ao seguinte questionamento: Quais as vivências e percepções da equipe de saúde sobre a influência da cultura familiar no aleitamento materno?

Essa problemática levanta algumas questões primordiais que envolvem o cuidado de enfermagem de modo que direcionam o presente estudo, que apresenta como objetivo geral conhecer as vivências e percepções da equipe de saúde acerca das influências familiares culturais as quais repercutem e influenciam na prática do aleitamento materno durante a internação hospitalar; e, como específicos, refletir e discutir sobre o processo de cuidado ao aleitamento materno frente aos aspectos culturais, oriundos do meio familiar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa busca compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária e sua satisfação (GIL, 2010).

A pesquisa foi realizada no período de março a dezembro de 2011, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário

Franciscano, n. 262.2011.2, e a coleta dos dados ocorreu em agosto e setembro do corrente ano. O grupo de sujeitos da pesquisa foi composto por profissionais que integram a equipe de saúde da Maternidade, de um hospital público municipal, na cidade de Santa Maria - RS, que assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96, a qual regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Como critério de inclusão para participar da pesquisa, definiu-se que os profissionais deveriam estar atuando na Unidade há mais de seis meses. Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes: estar afastado do serviço devido a férias, licenças para tratamento de saúde ou maternidade. Os participantes foram identificados por nomes de flores, a fim de manter o anonimato.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, com perguntas abertas, aplicado com o intuito de conhecer as percepções da equipe de saúde sobre as influências familiares culturais que refletem e influenciam na prática do aleitamento materno, durante o período de internação hospitalar.

O questionário consiste na técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, por meio do qual se objetiva o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, entre outras (GIL, 2010).

Os dados obtidos pelos instrumentos de coleta foram categorizados, e a discussão teórica foi feita com base na literatura científica sobre a temática abordada. Categorizar os resultados significa abranger elementos ou aspectos com características semelhantes, iguais ou que se relacionem entre si (GOMES, 2008).

A análise qualitativa fundamenta-se na discussão da ligação e correlação de dados interpessoais, na coparticipação das situações dos informantes, analisados a partir da significação que estes dão aos seus atos, convence na forma de experimentação empírica, a partir de análise feita de forma detalhada, abrangente, consistente e coerente (MICHEL, 2009).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo uma médica obstetra, uma enfermeira e oito técnicas de enfermagem, com tempo de formação variando de dez meses a vinte e um anos. O tempo de atuação na área foi de aproximadamente um ano, variando de quatro meses a vinte e um anos.

A partir dos depoimentos, foi realizada uma leitura minuciosa e foram elencadas duas categorias de análise: Influência da cultura familiar frente ao AM; A conduta do profissional frente ao AM.

### **Influência da cultura familiar diante do AM**

A cultura é conceituada, na visão antropológica, como as manifestações de vida de um povo, sua forma de pensar, sentir, agir e transmitir sua cultura (LEININGER, 2002). Arelada a esse conceito, a prática do aleitamento materno é influenciada pelos aspectos socioculturais. Amamentar é um ato natural, milenar, sem custo, fundamental à vida dos seres humanos (TEIXEIRA et al., 2006).

Para as profissionais de saúde participantes deste estudo, as práticas e orientações mais comuns em relação ao aleitamento materno, proveniente de crenças, mitos e cultura familiar percebidos no seu local de trabalho são: o leite ‘fraco’; ter ‘pouco leite’; uso de chupetas e mameadeiras; oferta de água, chás ou outro tipo de leite; alimentos que ‘passam’ para o leite materno e propiciam cólicas; entre outros. Nos relatos a seguir, são apresentadas as constatações provenientes do cotidiano de trabalho:

*Os principais mitos: que o leite é fraco e não satisfaz o RN; que não amamentou os outros filhos e não aconteceu nada por isso, não vai amamentar este também; que as mães querem dar água, pois as crianças sentem sede após sugar o seio materno. (Tulipa)*

*As mais comuns são provenientes da cultura familiar; procuro junto com isso aliar minhas orientações e dicas quanto a amamentação. (Margarida)*

Entre os fatores acima citados, influenciados pela cultura, pode-se também elencar a crença de que a prática do AM interfere na estética corporal da mãe e propicia a flacidez da mama. No entanto, os profissionais negam essa afirmativa, como demonstra uma das falas abaixo:

*Não, é mito, mas muitas mulheres acreditam que a amamentação interfira na estética. (Rosa)*

A constituição individual e a qualidade do tecido é que determinam a queda das mamas. Se o tecido for menos resistente, ocorrerá flacidez, mesmo no caso de a mãe não amamentar (LAUXEN, 2007).

Outro fator cultural identificado foi a crença do ‘leite fraco’, explicitada por muitas puérperas aos profissionais de saúde, exemplificado neste depoimento:

*Esta questão é bastante complicada, pois as mães já vêm com uma ideia sobre isso e, por mais que ela seja orientada que o LM nunca é fraco, que é o único que irá fornecer todos os nutrientes para o RN, inclusive anticorpos, a mãe, mesmo assim, tem certa resistência em amamentar. (Tulipa)*

A falta de conhecimento sobre as características e aspecto do leite humano pode levar a mulher a desconfiar de sua capacidade em produzir leite de boa qualidade para seu bebê. Isso pode desmotivá-la e induzi-la a introduzir complementos lácteos (GONÇALVES; BONILHA, 2005).

Foi relatada pelos sujeitos a prática cultural da oferta de chupetas, bicos e mamadeiras, inclusive como parte do enxoval do bebê, trazido à Maternidade para ser usado com frequência.

*Elas dizem que a chupeta acalma a criança, se a mãe não tem leite. (Rosa)*

O Ministério da Saúde não recomenda o uso de chupetas e mamadeiras, pois o uso pode interferir no período de amamentação e no desmame precoce. É importante aconselhar a mulher, ajudá-la a tomar decisões

após ouvi-la, entendê-la e dialogar sobre os prós e contras das opções, sobre as vantagens e as desvantagens, para que possa fazer opções conscientes (BRASIL, 2009).

A oferta de outros líquidos ou alimentos, como chás, água, leite industrializado ou *in natura* também foi identificada na fala dos sujeitos como prática cultural. Um estudo com 15 mães, sobre as práticas culturais em relação ao aleitamento materno, desenvolvido em um Programa de Saúde da Família, no Ceará, identificou que o ato de amamentar é visto como um dever/responsabilidade da mulher, sobrepondo-se ao seu desejo ou não de querer ou de poder fazê-lo. Foi constatada a contradição entre o discurso das mães e a prática do aleitamento materno. Ao mesmo tempo em que elas verbalizam a sua importância, mencionam a introdução de chás, outros leites, água ou qualquer outro alimento e uso de mamadeiras e chupetas nas primeiras semanas ou meses de vida. Além disso, estabelecem horários para amamentar (FROTA et al., 2009).

A alimentação da nutriz é permeada por muitas crenças, que são repassadas pela família e sociedade, relacionadas à boa recuperação no puerpério, presença de cólicas no recém-nascido, entre outras. No depoimento abaixo, as profissionais acreditam que esta interferência tem um limite atrelado à boa nutrição, necessária à saúde materna e da criança.

*Tudo o que a gestante comia o feto também recebia, por isto não há a necessidade de restrição após o parto. (Margarida)*

Um estudo realizado com puérperas em Ribeirão Preto - SP, em 2007, identificou alguns cuidados com a alimentação repassados pelos familiares, como não ingerir carnes, comidas muito temperadas, alimentos não preparados na hora, frutas cítricas, alimentos gelados, alegando que poderiam ser a causa das cólicas nos recém-natos e cefaleia nas puérperas. Os familiares das mulheres pesquisadas recomendavam a ingestão de líquidos e de canja de galinha (STEFANELLO; NAKANO; GOMES, 2008).

Outro estudo realizado em São Paulo encontrou elementos culturais que influenciam na alimentação da nutriz. Esse estudo constatou que elas se privavam principalmente de gordura de porco, pimenta, refrigerantes e bebidas alcoólicas, pois acreditavam que esses alimentos podiam causar cólicas e fazer mal à saúde do bebê (CIAMPO et al., 2008).

As verduras de folha verde são eliminadas do cardápio das mães por se acreditar que originam cólicas ao bebê e, muitas vezes, prejudicam o estado nutricional das lactentes. Outro item relacionado a cólicas são alimentos que contêm substâncias ácidas como vinagre e sucos de frutas cítricas (BARUFFI, 2004).

## **A conduta do profissional diante do AM**

A amamentação é o melhor caminho para a formação de laços afetivos entre a mãe e o bebê, além de ser a única fonte de nutrientes de que o recém-nascido necessita. O Ministério da Saúde preconiza a amamentação exclusiva até os seis meses de idade e a manutenção até os dois anos. Mantendo a amamentação, não só a criança e a mãe são beneficiadas, mas também a família, os profissionais da saúde e o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009). Na tentativa de reforçar essa prática, as profissionais da saúde assim se expressam:

*Oriento que o aleitamento materno é importante para o desenvolvimento imunológico do RN; ajuda o corpo da mãe a voltar ao estado pré-concepcional mais rápido; aumenta o vínculo mãe/filho. (Girassol)*

Quando questionadas sobre a conduta adotada quando a mãe internada afirma que está com pouco leite, obteve-se como resposta:

*Oriento que o colostro é em menos quantidade, que demora um pouco para aumentar a quantidade, mas o colostro sacia o RN. O colostro ser em menor quantidade nas primeiras horas é um processo fisiológico, depois aumenta o volume. (Girassol)*

*Procuro orientar a ingesta líquida e insistir na amamentação; quanto mais a mãe amamentar mais leite vai produzir. (Margarida)*

*Avaliar mamas. (Lírio)*

A crença no ‘leite fraco’ é uma das razões mais comuns declaradas para o desmame precoce da criança. Na maioria das vezes, as mães têm leite suficiente, porém pensam que não têm, pois as mamas estão muito cheias, mas o leite ainda não desceu (apojadura); as mamas parecem vazias logo após o nascimento da criança; as mamas pararam de pingar leite; o bebê chora mais do que o esperado; ele quer sugar com mais frequência do que a mãe pode amamentar; ele demora muito para mamar; ele faz manha ou se recusa a mamar, entre outros motivos (KILPP, 2008).

Quanto à atitude tomada quando a paciente internada oferece chupeta ou mamadeira para o RN, relatam:

*Oriento a paciente a não oferecer chupeta ou mamadeira, pois o RN poderá ter dificuldade na hora da amamentação, não vai sugar bem o seio.” (Rosa)*

*“Procuro orientá-la de que não é conveniente, pois pode dificultar a pega do seio materno. (Margarida)*

*Oriento quanto à necessidade (ou falta); quanto a problemas na dentição. (Cravo)*

Em uma visão multidisciplinar, existem mais efeitos deletérios do que benéficos para o uso de chupetas e mamadeiras, motivo pelo qual os pais devem ser orientados sobre seus prós e contras (CASTILHO; ROCHA, 2009). Essa prática está associada ao término precoce do aleitamento materno, bem como à má oclusão dental, aumento da incidência de otite média aguda e recorrente; infecções por *Cândida* oral, entre outras (BUCCINI, 2012).

Ao serem questionadas se são favoráveis à introdução de chás e outros líquidos para o RN e o porquê, obtiveram-se as seguintes afirmativas:

*Não, pois o leite materno contém todos nutrientes necessários, inclusive hidrata somente chá de camomila quando o RN está em fototerapia devido à desidratação. (Tulipa)*

*Não, porque o leite materno já é suficiente. (Margarida)*

*Não o LM é o alimento completo para o RN. (Rosa)*

Uma das principais preocupações da puérpera em relação ao aleitamento está relacionada aos alimentos por ela ingeridos, à quantidade de leite produzido e à eficácia deste. Quanto à importância da alimentação da nutriz e a necessidade de restrições, responderam:

*Os hábitos que tem devem manter. O aporte calórico da nutriz deve ser maior procurando manter uma dieta balanceada dentro das condições financeiras, exceto no 1º dia de puerpério que a dieta deve ser branda. (Girassol)*

*Não, somente quando há orientação médica. (Gérbera)*

*Sim, porque alguns alimentos são desnecessários. (Crisântemo)*

*Restrição não, somente ingerir em pouca quantidade refrigerante. (Tulipa)*

A limitação da dieta materna na gravidez e amamentação reduz a experiência de sabores a que são expostos o feto e o lactente, com potencial prejuízo na diversificação alimentar, o que pode limitar o aporte de micronutrientes importantes para o seu normal desenvolvimento (FERREIRA, 2010).

A existência de uma série de tabus e mitos em relação à alimentação materna ocorre devido às repercussões no lactente. Isso ocorre porque a responsabilidade que a mulher tem com a vida do filho no período em que o corpo a corpo da mãe com a criança possibilita a fantasia de causa e efeito. Assim, as mulheres passam a evitar certos tipos de alimentos que

entendem ser inapropriados à fase, pois passam para o leite e dão cólicas ou inflamam os pontos (SCAVONE, 2004).

A vontade de amamentar da mãe pode misturar-se com os receios da mulher, como medo de perder a liberdade, mudança no estilo de vida, medo de que a amamentação cause danos físicos e estéticos, vergonha de expor as mamas em público etc.

A reação das profissionais pesquisadas quando a mãe lhes afirma que não vai amamentar, por diversas razões, é refletida nas seguintes respostas:

*Procuo orientá-la sobre os benefícios da amamentação tanto a ela quanto ao bebê. (Rosa)*

*Esclarecer os mitos e buscar o verdadeiro motivo para não amamentar. (Girassol)*

*Procuo fazê-la mudar de opinião esclarecendo os mitos, não existe leite fraco. (Margarida)*

*Tentar convencer a mãe da importância da amamentação, mas a decisão é dela. (Orquídea)*

O profissional deve buscar, em caráter de aconselhamento, sensibilizá-la sobre os benefícios do aleitamento materno, apoiar e estimular a prática de amamentar e deixar que a mãe determine o que é melhor para si e para seu filho (ZAMPIERI; SANTOS, 2007).

Quando questionadas sobre a sua conduta quando o familiar interfere ou não aceita as orientações oferecidas à nutriz sobre os cuidados referentes ao aleitamento materno, obteve-se:

*Tentamos esclarecer os fatos/mitos, caso não queiram aceitar, fica a critério da família. (Gardênia)*

*Procuo orientá-lo também sobre os benefícios da amamentação e se ele não concorda eu converso somente com a mãe em particular. (Rosa)*

*Procuo falar diretamente com a mãe e tento convencer o familiar da importância do LM. (Margarida)*

Nos depoimentos, é manifestada a possibilidade de exclusão do familiar das orientações ou tentativa de convencimento. Falar sobre o cuidado cultural é diferente de praticá-lo, pois existe a dificuldade entre os profissionais de saúde de aceitar e trabalhar com a influência da cultura familiar.

Este enfoque de cuidado deve considerar os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, pois assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo a manter o seu bem-estar, a melhorar suas capacidades e seu modo de vida, a enfrentar a doença, as incapacidades ou a morte (LEININGER, 2002).

Na visão dos profissionais, em geral, o familiar pode auxiliar ou prejudicar no cuidado ao aleitamento materno, como se percebe nas opiniões abaixo:

*Na grande maioria das vezes prejudica, pois eles solicitam muito o NAN, poucos são os que apoiam o aleitamento materno. (Tulipa)*

*Em geral, muitos auxiliam mais do que prejudicam. (Rosa)*

*Depende do familiar, muitas vezes ajudam. (Gardênia)*

*Depende, mas em geral auxilia dando conforto, coragem, experiências positivas, mas o extremo oposto também acontece. (Girassol)*

*Quando bem orientados ajudam, pois podem dar mais segurança à mãe. (Margarida)*

O conhecimento e a vivência materna, da sogra, da irmã, da avó e do vizinho são repassados como exemplos, conselhos e ensinamentos, com discursos favoráveis ou contrários à amamentação. O conhecimento proveniente do senso comum é permeado por tabus, mitos e crenças o qual determina a continuidade ou não dessa prática (FROTA et al., 2009).

Os resultados demonstram que a equipe de saúde valoriza o ato de amamentar e procura estimular essa prática no seu cotidiano, incluindo os familiares. No entanto, algumas falas revelam a necessidade de rever paradigmas e a base conceitual que sustenta o modelo de atenção biomédica, no qual a educação também ocorre.

Os profissionais, em geral, ainda realizam o cuidado educativo de forma verticalizada e impositiva, o que é evidenciado no discurso de ‘insistir’, ‘convencer’ e ‘tentar mudar’ condutas a partir do que considera correto. Essa postura dificulta o diálogo e é pouco eficaz no processo de amamentação, pois desconsidera a bagagem do sujeito, sua autonomia e cultura.

Entretanto, no cotidiano dos serviços, a equipe convive com a ambiguidade da importância da amamentação comprovada por evidências científicas e as inúmeras dificuldades para promovê-la e mantê-la. As vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Para manter o aleitamento materno, não basta a mulher estar informada das vantagens e optar por essa prática. Ela precisa de um ambiente favorável à amamentação e contar com a contribuição de um profissional habilitado a ajudá-la, quando necessário. O profissional de saúde deve ter conhecimentos e habilidades suficientes para manejar adequadamente as inúmeras situações que podem servir de obstáculo à amamentação bem-sucedida (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004).

O profissional de saúde tem fundamental importância frente às orientações de promoção da saúde por meio da educação, pois pode estimular o desenvolvimento da consciência crítica, viabilizar pontos positivos ou negativos e dificuldades dentro de um contexto social para

realização de determinada prática (FROTA et al., 2008). Desse modo, deve tentar inserir-se no contexto em que vive a mulher, junto a seus familiares, para buscar compreender os anseios, as dúvidas, a cultura perpassada a ela pelas pessoas em quem confia. No momento em que ela passa a ser ouvida, cria-se um vínculo que possibilita a explanação das benesses advindas do aleitamento materno sem que ela se sinta desrespeitada. Dessa forma, é possível favorecer a aceitação do AM.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou ampliar a visão sobre o tema e fazer uma reavaliação de conceitos a respeito da assistência ao aleitamento materno, a fim de se considerarem os aspectos culturais, na visão dos profissionais da área da saúde. Além disso, contribuiu para identificar dificuldades, possibilitou refletir sobre maneiras de compreender as situações vivenciadas e apontar caminhos por meio de espaços de discussão sobre a temática. Entre eles, ressalta-se a importância do trabalho da equipe de saúde, inserindo o trabalho da Enfermagem, que, em suas ações de cuidados específicos e atividades educativas, reflete sua visão de mundo.

Constatou-se a necessidade de medidas simples, que podem representar a diferença para uma amamentação bem-sucedida, envolvendo a equipe de saúde, puérperas e seus familiares. Nesse contexto, o envolvimento do profissional, quando se efetiva realmente, atende às necessidades da clientela, à medida que valoriza sua história de vida, seus anseios e dúvidas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. de; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (supl), 2004.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: UPF, 2004, p. 70.

Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://bit.ly/1HkVgG>>. Acesso em: 20 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BUCCINI, G. dos S. **Determinantes do uso da chupeta e mamadeira em crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. 2012. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://bit.ly/1K7Pher>>. Acesso em: 06 out. 2013.

CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. M. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 6, dez. 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1ETtm3T>>. Acesso em: 06 out. 2013.

CIAMPO, L. A. D. et al. Aleitamento materno e tabus alimentares. **Rev. Paul Pediatr**, v. 26, n. 4, p. 345-9, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1dpdzi>>. Acesso em: 02 maio 2011.

FROTA, M. A. et al. O Reflexo da Orientação na Prática fazer aleitamento materno. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 403-9, jul./set. 2008.

FROTA, M. A. et al. Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1MhTI5C>>. Acesso em: 03 jun. 2011.

FERREIRA, R. et al. Amamentação e dieta materna. **Acta Pediatr Port**, v. 41, n. 3, p. 105-10, 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Journal de Pediatria** (Rio J), v. 80 (5 Supl), p. S117-S118, 2004.

GONÇALVES, A. C.; BONILHA, A. L. L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 26, n. 3, p. 333-344, dez. 2005.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa quantitativa. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KILPP, D. S. **Aleitamento materno: percepções e conhecimentos de puérperas**. Novo Hamburgo, 2008.

LAUXEN, R. **Causas do desmame precoce do aleitamento materno infantil antes dos seis meses de vida do bebê**. Novo Hamburgo, 2007.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts, theories, research e practice**. New York: McGraw– Hill, 2002.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SOARES, M. E. de M. et al. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 4, ago. 2003. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/nmzk8c>>. Acesso em: 09 nov. 2011.

STEFANELLO, J.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. **Acta Paul Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 275-281, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1GjiPpS>>. Acesso em: 02 maio 2011.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R. G.; SILVA, L. W. S. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Temática Kairós Gerontologia** [Internet], v. 14, n. 3, p. 205-221, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1GWOYCi>>. Acesso em: 30 set. 2011.

TEIXEIRA, M. A. et al. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 98-106, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M.; SANTOS, E. K. A. Aleitamento materno no contexto da atenção primária à saúde. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**/Série Atenção Primária à Saúde, Florianópolis, v. 2, p. 457-458, 2007.



# PROTAGONISMO SOCIAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA MARIA - RS

---

Katiane Sefrin Speroni

Juliana Silveira Colomé

Karine de Freitas Cáceres Machado

Hilda Maria Barbosa de Freitas

Cláudia Zamberlan

## RESUMO

Com esta pesquisa, objetivou-se discutir o protagonismo social dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Santa Maria - RS. Configura-se como um estudo descritivo-exploratório de caráter qualitativo. Participaram do estudo trinta e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, e os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática de Minayo (2008). Dos resultados, emergiram duas categorias: “Repensando práticas: quais elementos caracterizam o protagonismo social do ACS?” e “Redefinindo papéis: quais os desafios implicados no protagonismo social do ACS?” Este estudo justifica-se pelo ACS ter acesso privilegiado à comunidade e a outros profissionais da equipe. Além disso, devido ao impacto de suas ações, que vai além das áreas geograficamente definidas e por sua liderança comunitária, seu papel como agente de transformação, suas possibilidades para realização de diagnósticos comunitários, seu destaque/referência na comunidade e por suas práticas sociais e humanitárias serem vistas como fatores que potencializam seu protagonismo. Portanto, conclui-se, com este estudo, que o ACS é elemento fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. Suas ações permeiam um protagonismo incomum em outros profissionais da rede de serviços, isso os difere dos demais integrantes da equipe multiprofissional, uma vez que suas atitudes repercutem em toda a sociedade.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde Coletiva. Agentes Comunitários de Saúde.

## INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde vem sendo discutida ao longo dos anos e pactuada em conferências e debates sobre saúde. A partir disso, percebe-se a necessidade de melhoria dos indicadores de saúde no mundo inteiro. No contexto brasileiro, tal preocupação ficou evidente com o movimento da Reforma Sanitária em meados de 1980. Essa mobilização surgiu a partir da insatisfação e desejo de mudança nas ações no âmbito da saúde brasileira. Em 1988, a saúde foi incorporada à Constituição Federal como um dever do Estado na implementação de ações políticas, econômicas e sociais, bem como ações educativas e de promoção da saúde, assegurando-a como direito universal e igualitário de cada cidadão (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como produto das transformações suscitadas pela reforma sanitária e regulamentado pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Além disso, ancora-se na descentralização política e administrativa, com direção única nas três esferas de governo, baseado na regionalização e na hierarquização da rede de serviços de saúde, na resolutividade e complementaridade do setor privado (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta criada pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2006, pela Portaria nº 648/06 para legitimar a integralidade e a universalidade no atendimento aos indivíduos das famílias. Assim, com o intuito de conferir ao Programa de Saúde da Família (PSF), instituído no ano de 1994, um caráter de continuidade das ações, com o objetivo de buscar o fortalecimento da atenção básica e a saúde da família como eixo estruturante, foi elaborada a política de atenção básica, na qual o foco das ações de saúde é a promoção da saúde de todos os integrantes da família de forma integral (BRASIL, 2007).

Dessa forma, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como profissional mediador entre as ações da equipe de saúde e a comunidade. Para que possa exercer as atribuições inerentes ao seu trabalho, o agente deve residir em sua área de atuação, ter ensino fundamental completo e participar do curso de formação básica de acordo com os conteúdos propostos pelo MS. É preciso, ainda, que complemente sua formação a fim de

atender à necessidade de adaptação curricular, em que são introduzidas noções de suas atribuições e competências. A abordagem de conceitos do sistema de saúde, seus princípios/diretrizes e o papel social a ser desempenhado junto às famílias são relevantes, cujo enfoque principal é a promoção da saúde (MAIA et al., 2009).

Nessa perspectiva, as atividades do ACS, juntamente às famílias e à comunidade, envolvem competências para apoio em questões sociais, no âmbito domiciliar ou comunitário, além da mobilização de recursos e práticas para intervenção em aspectos políticos e sociais. Com base nesses preceitos, o fazer desse profissional incorpora, ainda, o compartilhar de valores de uma identidade coletiva e de uma prática solidária, uma vez que seu papel social confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional (SANTOS et al., 2010).

Sendo assim, o ACS destaca-se como um trabalhador protagonista no que se refere à busca pelos determinantes de saúde, bem como ao alcance das necessidades dos usuários de sua comunidade. Nesse sentido, questiona-se: Quais as ações que fazem do ACS um protagonista social?

A opção por investigar e discutir o protagonismo social dos ACS justifica-se por se tratar de uma classe trabalhadora que vivencia e reconhece as mazelas existentes no contexto da comunidade onde atua. Desse modo, esse profissional estabelece relações de trabalho com a equipe de saúde, ocupa uma posição diferenciada por não ser um profissional de saúde, não ter o conhecimento técnico, mas atuar como trabalhador membro da equipe vinculada à unidade de saúde e ter o conhecimento relacionado às questões sociais da população. Partindo dessa premissa, com esta pesquisa, objetivou-se discutir sobre o protagonismo social do ACS no sentido de redefinir suas práticas e repensar seu verdadeiro papel.

## **METODOLOGIA**

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória, de caráter qualitativo. Para Minayo (2008), a pesquisa qualitativa está diretamente relacionada

ao fenômeno das ciências sociais e ao universo da significação, da motivação, das crenças, dos valores e dos costumes.

O município de Santa Maria - RS dispõe de 16 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), na sua maioria incompleta, totalizando 86 ACS. Nesse contexto, foram sorteados, aleatoriamente, 35 ACS das ESF que atuavam nesse município por, no mínimo, seis meses. Destes, 33 ACS aceitaram participar da pesquisa e 2 recusaram. O tempo de atuação na profissão entre os participantes variou de 8 meses a 11 anos. Optou-se por incluir os ACS com tempo de trabalho superior a seis meses na profissão para que eles pudessem responder as perguntas da entrevista, visto que os questionamentos condiziam com sua experiência profissional.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes é suficiente, já que, para Ghiglione e Matalon (2001), após a vigésima ou trigesima entrevista, ocorre à confirmação do que foi obtido com análise nas primeiras. A pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a dezembro de 2011. Para coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada. As entrevistas, com autorização dos participantes, foram gravadas em aparelho MP4, a fim de assegurar a integridade e fidedignidade dos dados. No intuito de preservar o anonimato dos participantes, foi adotada a terminologia ACS 1 a ACS 33.

O estudo foi realizado em seis Unidades de Estratégia de Saúde da Família vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - RS: ESF Bela União (região norte), ESF Urlândia (região sul), ESF Maringá (região leste), ESF Roberto Binato (região oeste), ESF Alto da Boa Vista (região oeste) e ESF Vitor Hoffmam (região oeste).

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo Temática de Minayo (2008). De acordo com as etapas desse tipo de pesquisa, inicialmente foi realizada a transcrição das entrevistas, com posterior organização, interpretação e categorização dos dados. Em seguida, foram utilizados referenciais para que, a partir das articulações aos dados do estudo, surgissem novas interpretações e, conseqüentemente, a efetivação da produção do conhecimento.

Este estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, que aprovou a realização da pesquisa sob o número 248.2011.2. Foi, ainda, aprovado pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município de Saúde (NEPES). Além disso, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que garante o anonimato e no qual constam informações pertinentes ao estudo e a autorização para divulgação dos dados coletados, conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2012).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo de análise permitiu que os dados fossem interpretados e analisados por meio das categorias: Repensando práticas: quais elementos caracterizam o protagonismo social do ACS e Redefinindo papéis: quais os desafios implicados no protagonismo social do ACS?

### **Repensando práticas: quais elementos caracterizam o protagonismo social do ACS?**

O ACS se revela como um sujeito que exerce um papel de líder na comunidade onde reside, pois, muitas vezes, é dotado de grande habilidade política e autonomia em suas atividades, voltando-se para a resolução de problemas de saúde e para as condições sanitárias de sua comunidade (NUNES et al., 2002). Na maioria dos casos, observa-se que o ACS nasce e cresce na comunidade em que atua. Torna-se, então, conhecido e respeitado pelos sujeitos constituintes de sua localidade, o que possibilita organizar o processo de trabalho de forma a articular e a tecer a rede de serviços por meio do vínculo e da responsabilidade social. Por estar ciente das informações dos conselhos locais e situações que permeiam as demais esferas da vida comunitária, o ACS se torna referência e sinônimo de liderança. O ACS, como líder comunitário, ficou evidente nas seguintes falas:

*Informando, fazendo o chamamento, da participação. É minha função lá na comunidade, estar informando de todas as atividades que acontecem no município, não só na unidade. (ACS 25)*

*A gente auxilia a comunidade para que possam vir ao posto ou informa alguma coisa quanto à prefeitura, quanto à marcação, quanto a locais que tem que ir para marcar. (ACS 31)*

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que o ACS exerça a incumbência principal de atividades relacionadas à promoção da saúde das famílias, desempenhando seu papel de líder e descobrindo, de forma solidária, seus pares. Nessa perspectiva, o ACS atribui legitimidade e eficácia ao desenvolver suas ações na comunidade, de forma que acrescente ao seu perfil profissional o estímulo à participação social nas decisões referentes à saúde individual, pública e coletiva. Ainda, ao estimular a qualificação da assistência à saúde e à cidadania, busca condições para que os usuários sejam atuantes em relação a sua própria saúde, nos mais diversos ambientes.

Os saberes do profissional atuante nas comunidades tornam-se genuínos e indispensáveis para o processo de transformação das condições de saúde da população de uma determinada região (RIBEIRO, 2004). O ACS, ao estabelecer o vínculo com os sujeitos e promover ações que envolvam educação, saúde e cidadania em seu processo de trabalho, pode ocasionar, de forma transformadora, mudanças profundas na tradição e cultura das famílias, sendo agente neste processo de cuidado. Portanto, constitui-se o cuidado como forma de acolhimento, de fortalecimento do vínculo e das estratégias envolvidas no fazer do ACS. Este, como agente de transformação, é observado nas seguintes falas:

*Ah, eu acho que o agente comunitário é uma peça fundamental de mudança na comunidade. Se ele for comprometido, se olhar suas atribuições e dizer: esse é o meu papel. Eu acho que o agente comunitário conscientiza, ele está*

*entrando numa comunidade como peça fundamental para mudar a realidade daquela comunidade, ele faz milagre. (ACS 1)*

*[...] tem coisas que são gratificantes, que tu vê que falou, falou, falou e a pessoa está mudando. E também é gratificante porque tu vê pessoas assim que tu fala, sabe que não iam mudar, mas só pelo que tu falou, insistiu ali e tu viu que hoje se tornaram pessoas boas e melhores, largaram algumas coisas e assumiram famílias e responsabilidades. (ACS 28)*

A relação de cuidado, ou seja, o relacionamento entre pessoas em uma relação de cuidar/cuidado, na qual existe proximidade, confiança e aceitação, além de abranger crescimento e esperança, possibilita também a recuperação daqueles que recebem cuidado em um relacionamento terapêutico e restaurador. A interação entre o sujeito que se permite ser cuidado e cuidador pode acontecer de forma superficial ou mais profunda, a fim de estabelecer vínculos em uma ligação de intimidade, reciprocidade e confiança. Consequentemente, a qualidade do cuidado relaciona-se diretamente a um contato mais próximo e à qualidade da relação estabelecida, constituindo, assim, o cuidado humanizado e o vínculo (MEDEIROS; LEITE, 2008).

A relação de cuidado apresenta-se com intuito de transformação. Além do saber técnico, do acolhimento e do vínculo, a competência profissional do trabalhador na atenção básica exige que ele repense constantemente suas práticas, pois não basta somente voltar-se para o cenário da saúde ou para os fatores causadores de doenças, é preciso desenvolver o trabalho na ação social com qualidade e resolutividade. A relevância desta consideração tem como resultado as modificações do papel social de cada cidadão, no qual a inclusão da figura do ACS conduz a um processo gradativo de mudanças em cada sujeito inserido no contexto familiar e comunitário.

Sendo assim, é possível entender o ACS como um alicerce para o restante da equipe de saúde, por monitorizar de forma contínua as condições de cada família que compõe sua microárea e, desse modo, realizar diagnóstico local e situacional da comunidade (MARTINES; CHAVES, 2007).

A partir disso, evidencia-se o ACS como dispositivo para o diagnóstico comunitário, conforme destacado nas seguintes falas:

*É detectar problemas da comunidade e trazer até a unidade de saúde para tentar resolver. Vou às casas, detecto os problemas e a comunidade já tem um vínculo comigo. (ACS 6)*

*[...] o meu papel aqui dentro da unidade é a busca de informação, trazer informações da minha área de trabalho [...] então a minha atividade na unidade é passar e levar informação, trazer informação da comunidade e levar informação para a comunidade. (ACS 25)*

Para Schimith e Lima (2004), o acolhimento e o vínculo dependem da produção do trabalho em saúde. O acolhimento possibilita adequar o acesso por meio da oferta de ações e serviços em saúde, o que contribui para satisfazer as necessidades de cada usuário. O vínculo entre profissional e usuário estimula a autonomia e a cidadania, promove a participação dos indivíduos durante a prestação de serviço, pois o acolhimento trata-se de um conjunto de ações tecnológicas que busca garantir acesso aos usuários, com o objetivo de atender a todas as famílias, solucionar os problemas mais simples, e/ou referenciá-los, se necessário.

Com base nesse preceito, na ESF, o foco do trabalho é o atendimento integral às famílias, o que se compreende por um conjunto de ações de âmbito preventivo, de promoção, curativo e de reabilitação dos sujeitos. A partir dessas ações, buscam-se a qualidade de vida da comunidade e o resgate ativo pelo exercício da cidadania de cada usuário em todas as etapas do processo da assistência. Vinculado à ação de uma equipe multiprofissional, o ACS desenvolve suas atividades interdisciplinares ancoradas no acolhimento, na busca ativa por sujeitos adscritos e no vínculo estabelecido ao adentrar em cada residência, articulando suas ações na rede de serviços.

Como o ACS reside na comunidade onde atua, os valores e interesses são comuns e fazem parte de uma identidade coletiva. As atribuições

inerentes à profissão de ACS sinalizam para a identidade com a comunidade e para uma tendência ao trabalho solidário. A função de destaque e referência em sua comunidade é compreendida como um fazer além de suas práticas. Isso é expresso nas falas que seguem:

*[...] eu me sinto assim, uma pessoa amiga da comunidade, eles têm eu como destaque, uma referência, estão sempre me procurando, indo na minha casa. É como se fosse uma referência, até uma autoridade. (ACS 8)*

*Tu moras na tua comunidade, então o primeiro ponto de referência para eles procurarem é a tua casa. Faltou comida eles vão na tua casa, faltou leite, eles vão na tua casa, precisam chamar a ambulância, eles vão na tua casa. Tu é agente comunitário em qualquer lugar, eles não têm esta separação. (ACS 28)*

O agente comunitário de saúde constrói, junto à equipe, as suas funções, ocupa o lugar de articulador entre a comunidade e a equipe de saúde, amplia o poder de atuação junto à população e qualifica de forma integral a assistência prestada. A equipe de saúde e a comunidade reconhecem o trabalho desse profissional e atribuem-lhe, muitas vezes, um excesso de responsabilidades (NASCIMENTO; CORREA, 2008). Por ser um dos profissionais que mais conhece a comunidade, em muitas ocasiões, é encarregado de encontrar soluções que ultrapassam suas atribuições, o que resulta em maior credibilidade e boa conceituação em seu fazer social.

Para a comunidade, esse protagonismo do ACS excede seu período de trabalho, tornando-o admirado pelos sujeitos de sua área e referenciado em várias situações, na tentativa de resolver os problemas que a comunidade está enfrentando. O ACS assume uma posição de destaque no novo modelo assistencial, visto que incorpora em suas práticas cotidianas novas responsabilidades. Além de compor a equipe de saúde da família, observa-se que seu campo de atuação conforme suas atribuições desperta um sentimento de satisfação por se diferenciar, de certo modo, do restante da equipe, o que lhe confere prestígio social (NUNES et al., 2002).

O protagonismo social do ACS também se justifica pelo acesso privilegiado, o que causa na comunidade uma maior confiança quanto à possibilidade de resolução de seus problemas. Observa-se, assim, uma maior cumplicidade entre os vários profissionais que se sentem comprometidos com as dificuldades da população e se envolvem em práticas que resultem na resolução de problemas básicos de saúde e melhoria das condições e qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, o ACS mobiliza o restante da equipe para organização de ações solidárias e inovadoras, o que caracteriza sua identidade profissional.

Nessa concepção, o impacto das ações desse profissional vai além das áreas geograficamente definidas. As funções que desempenha em sua comunidade repercutem positivamente em outras áreas, e passa a ser admirado e solicitado em territórios que não têm cobertura deste profissional. Por sua vez, seu desempenho perante questões como a desigualdade social e a omissão dos direitos humanos, sua autonomia e iniciativa, são vistos como fatores que potencializam seu protagonismo. Nesse sentido, a sistemática de suas habilidades e o desenvolver de suas competências faz com que seja visto como empreendedor social.

### **Redefinindo papéis: quais os desafios implicados no protagonismo social do ACS?**

Nesta categoria, evidenciaram-se os elementos que apontam os principais desafios implicados na ação do ACS como protagonista social, os quais, se transpostos, poderiam se configurar como mecanismos para a redefinição do seu papel frente à comunidade e à equipe de saúde.

Ao analisar as atribuições dos ACS nas unidades de ESF, são identificadas várias atividades desenvolvidas que vão ao encontro do objetivo da inclusão desse profissional às equipes de saúde, como: visita domiciliar, participação em grupos educativos (hipertensos, diabéticos, gestantes, saúde da criança, da mulher, do homem, planejamento familiar e saúde mental), vigilância em saúde, busca ativa da população adscrita, trabalho comunitário e cadastramento das famílias. Por outro lado, em muitos

casos, desempenham também atividades administrativas, efetivadas em função da deficiência de recursos humanos ou pelo não reconhecimento da identidade desse profissional por parte do restante da equipe de saúde e gestores (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Neste estudo, observou-se que a questão relacionada à gestão em recursos humanos, em muitos casos, traz prejuízos para os processos de trabalho. A atuação em equipes incompletas e a instabilidade dos profissionais são marcadas como dificuldades que o ACS evidencia ao articular suas ações. Nas falas a seguir, os ACSs evidenciam essa questão, que implica dificuldades para desempenhar suas funções, a instabilidade da equipe:

*Quando tu achas que a equipe está formada, a equipe está legal, vai andar, ocorre a mudança, né. Coisa muito triste, quando tu achas que todos vão conhecer a comunidade e as pessoas, a equipe vai mudando isso é a pior coisa que tem. (ACS 18)*

*Precisamos de uma equipe completa e que ficasse fixa, não esta rotatividade que está tendo agora. Não tem como ter vínculo com a comunidade, não tem como ter um retorno do trabalho. (ACS 23)*

Em vista disso, atrelado a questões financeiras e de seleção de pessoal, torna-se crescente o consenso entre os trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, uma vez que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, diretamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (SANTOS et al., 2010). Assim, compreende-se que o vínculo estabelecido entre a comunidade e os profissionais da saúde fica prejudicado quando se trata da grande rotatividade desses profissionais. A permanência na equipe por um curto período pode limitar a continuidade das ações e dificultar a organização do processo de trabalho, o que ocasiona pouca resolutividade.

Na percepção do ACS, um dos principais desafios relacionado ao seu fazer profissional diz respeito à baixa resolutividade das ações da equipe de saúde como argumento. Isso se percebe nas falas a seguir:

*Algumas famílias não queriam me atender. Eu tive duas que não quiseram porque elas argumentam: para que eu vou ir lá naquele posto se não tem nada, se não funciona, se tudo demora? Para que eu vou fazer cadastro? (ACS 2)*

*Aqui tu vem só para tentar resolver os problemas da comunidade, mas a gente fica só na tentativa muitas vezes. (ACS 23)*

A resolutividade dos serviços no modelo assistencial proposto pela política de saúde vigente remete-se aos níveis de atenção à saúde. Nesse contexto, são observados, dois aspectos: no primeiro, a resolutividade inicia-se dentro do próprio serviço e está relacionada à capacidade de atender à sua demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento especializado, ao passo que no segundo, se faz menção às questões abrangentes sobre o sistema de saúde, compreendido desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI et al., 2008).

Observaram-se, neste estudo, determinadas questões que suscitam inúmeras reflexões, como a exposição do ACS a doenças infecto-contagiosas e a riscos ocupacionais relacionados ao seu contexto de atuação. Essas questões ficaram evidentes nas falas, as quais podem ser sintetizadas nos termos risco e exposição do ACS:

*Na comunidade tem sempre aquele medo de entrar. O BOE (Batalhão de Operações Especiais) já me tirou de várias situações no meio da confusão, porque na minha área tem bastantes bocas de fumo. Por causa disso às vezes tu estás lá e a polícia entra e mete o pé na porta. (ACS 28)*

*E tem a tuberculose que tu vais lá conversar e tem que conversar de perto. Aí mentem que estão fazendo (o tratamento), mas ficamos sabendo que não estão pegando o remédio. Aí a gente entra em contato com tudo isso. Mas se eu colocar uma máscara para chegar lá, não deixam entrar mais. (ACS 8)*

A figura popular desse profissional é, muitas vezes, permeada por condições subjetivas ao exercício de sua profissão, como tratar os sujeitos portadores de doenças transmissíveis de forma integral e universal, afastando o preconceito e a indiferença nas questões inerentes ao processo de tratamento. A exposição às situações de perigo e estresse também faz parte das ações cotidianas do ACS. Por atuar em áreas vulneráveis, com bolsões de pobreza e altos índices de criminalidade, esse profissional encontra-se exposto a diversos riscos.

Para Martines e Chaves (2007), a exposição a riscos pode desencadear e determinar um agravo, em que a vulnerabilidade está associada a fatores individuais, sociais, institucionais e ambientais. Esses fatores podem ser representados por recursos compatíveis entre si, como o comportamento individual, o acesso à informação, aos serviços e aos bens culturais, a fim de proteger o indivíduo diante da ocorrência do agravo ou, inversamente, submetê-lo à condição de ameaça.

Ao desenvolver este estudo, percebeu-se, em algumas falas, que a fragilidade da rede de atenção à saúde torna-se um desafio para a atuação dos ACS:

*A gente faz o trabalho, só que quando chega lá em cima tranca. Digamos assim, secretaria de saúde, os órgãos públicos. Seria bem melhor se tivesse assim, maior parceira com eles, se fosse resolvido. (ACS 11)*

*Tem muitas coisas que fogem da alçada da nossa equipe aqui, que vão para a secretaria de saúde e por lá ficam, como uma especialidade. Tem especialidades que demoram seis meses para se ter um retorno. Quando tem retorno, às vezes o paciente nem está mais aqui, trocou de área ou infelizmente já faleceu. (ACS 7)*

Mediante as próprias reflexões dos ACS, expressas em suas falas, pode-se observar que seu papel tem um caráter com potencial para efetivar mudanças, e os desafios encontrados necessitam da articulação da rede, ou seja, dos profissionais, gestores e serviços atuantes em uma condição de continuidade.

No que se refere à diversidade de desafios envolvidos na atuação do ACS, entendem-se como necessárias as transformações na estrutura de formação e no exercício dos profissionais de saúde. Além disso, as populações adscritas às equipes precisam avaliar de forma permanente o atendimento oferecido, a fim de instigar um repensar das práticas profissionais ou rearticulações na forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento e novas ações juntamente às famílias (RONZANI; SILVA, 2007). Nessa perspectiva, destacam-se a formação e a educação dos profissionais atuantes nas ESF, cuja abordagem não deve ser apenas focada no processo saúde-doença, mas também deve englobar, de forma contínua, as questões sociais, sanitárias e ambientais observadas no conceito ampliado de saúde.

Os desafios encontrados no desenvolvimento das ações do ACS implicam dificuldades do seu fazer profissional. O protagonismo de suas ações na sociedade causa grande impacto no viver das comunidades onde atuam. Porém, em muitos casos, sua atuação profissional torna-se limitada em função das próprias fragilidades no sistema de saúde. No entanto, apesar dos desafios apresentados, o ACS organiza o processo do seu trabalho, supera os obstáculos e inova nas ações junto da sua comunidade, além de encontrar caminhos para as problemáticas do cotidiano profissional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No decorrer de todo o processo de pesquisa, não foram encontrados erros metodológicos que pudessem limitar ou invalidar o estudo. Dessa forma, os dados foram confrontados com os achados da literatura, o que permitiu discutir sobre o protagonismo social do ACS.

O presente estudo permitiu apontar que o ACS tem papel fundamental na organização do modelo assistencial, de forma que sua atuação transcende suas atribuições específicas. O desenvolvimento de suas atividades engloba, ainda, a capacidade de diagnosticar as necessidades que surgem na comunidade. Seu fazer como agente transformador do meio

onde atua como motivador da participação social nas questões de saúde, e a liderança comunitária permite entender o ACS como um protagonista e um empreendedor em suas ações sociais.

Conforme observado neste estudo, o ACS é um profissional aliado à equipe de saúde, o que o permite estimular o compartilhamento dos saberes científicos e populares. Cabe ao profissional, em especial ao enfermeiro, ter domínio de questões que circundam o controle social, a fim de participar efetivamente de ações solidárias na comunidade para subsidiar o ACS no que diz respeito a decisões sociais e comunitárias de seu município, como também promover capacitações a toda a equipe de saúde a fim de estimular e exercer o controle social.

Os resultados apresentados nesta pesquisa têm o intuito de colaborar para que medidas sejam implementadas, a fim de aprimorar as políticas de saúde e as condições de trabalho dos ACS, além de abrir caminhos para que novas pesquisas sobre esta temática sejam realizadas e, dessa forma, contribuir positivamente no processo de trabalho dos ACS. Além disso, contribuir com o fazer profissional da enfermagem no aprimoramento das ações de gestão e nos aspectos que envolvem as relações de trabalho nas equipes de ESF, visto que o referido município sofre um processo de reformulação e reestruturação das equipes atuantes na saúde da família. Nesse município, algumas equipes estão incompletas, o que sobrecarrega o ACS.

Portanto, conclui-se com este estudo que o ACS é elemento fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. Suas ações permeiam um protagonismo incomum em outros profissionais da rede de serviços, o que o difere dos demais integrantes da equipe multiprofissional, pois suas atitudes repercutem em toda a sociedade. Porém suas ações serão bem-sucedidas se os outros setores que compõe a rede de serviços estiverem correlacionados entre si e estruturados adequadamente para suportar as demandas do serviço. Isso só será possível quando os gestores, trabalhadores do SUS e a sociedade trabalharem em conjunto com apenas um objetivo em comum, a melhoria dos aspectos condicionantes à saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Resolução nº. 466/12. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso: 16 out. 2012.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. Portugal: Celta Editora, 2001.

MAIA, E. R. et al. Competências do agente comunitário de saúde junto à pessoa com deficiência: análise documental. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 485-490, out. 2009.

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**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007.

MEDEIROS, F. A. L.; LEITE, K. A. O. O Ato de Cuidar na Perspectiva de Profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 11, n. 126, p. 518-523, nov. 2008.

MINAYO, M. C de S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2008.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. Agente Comunitário de Saúde: Formação, Inserção e Práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun. 2008.

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, v. 6, p. 1639-1646, nov. 2002.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. de P. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set. 2004.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul. 2004.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. S. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora. Campus Universitário: Minas Gerais, 2007.

SANTOS, M. R. et al. Agentes Comunitários de Saúde: A visão dos usuários do PSF da região de saúde de Juiz de Fora. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 258-265, jul. 2010.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov. 2004.

TURRINI, R. et al. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.



# ENFERMAGEM NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS COM CARDIOPATIA ISQUÊMICA

---

Camila Custódio Guedes  
Cláudia Zamberlan  
Vanety Silva Rocha  
Dirce Beatriz Marquardt Lucio  
Mara Glarete Marinho

## RESUMO

Muitas são as morbidades que afetam o processo de saúde na atualidade. Destacam-se as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) pela visibilidade que elas se apresentam no cotidiano das populações. Neste estudo, o enfoque é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) por ser uma patologia clínica de alta incidência e apresentar taxas de óbito elevadas. Sua etiologia é considerada multifatorial. Entretanto, a principal causa é a doença aterosclerótica em que a placa de gordura ou trombo se rompe e oclui as artérias coronárias. Neste estudo, objetiva-se identificar o perfil e o estilo de vida de indivíduos com cardiopatia isquêmica que realizaram cateterismo cardíaco e a maneira como a enfermagem promove educação em saúde com esses indivíduos. A pesquisa é de caráter exploratório-descritivo de cunho qualitativo e foi realizada em uma clínica de cardiologia intervencionista, no período de abril a junho de 2012. Os dados foram categorizados e detectou-se que o adoecimento provoca uma série de modificações corporais e sofrimentos que interferem em atividades diárias dos seres humanos. Uma maneira de utilizar orientações é a educação em saúde, uma ferramenta fundamental na prevenção, tratamento e controle de agravos, e que proporciona uma assistência de boa qualidade. Assim, concluiu-se que a enfermagem torna-se coparticipante nas orientações para a população, para que as pessoas adotem medidas preventivas, incentivando-as por meio de atividades educativas, informativas e interativas, visando à promoção de um estilo de vida saudável para a prevenção de agravos à saúde.

**Palavras-chave:** Doenças cardiovasculares. Enfermagem. Cuidado.

## INTRODUÇÃO

Muitas são as morbidades que afetam o processo de saúde na atualidade. Algumas delas, por serem prioridades em estudos que colaboram para a sua prevenção, têm exigido um empenho cada vez maior dos profissionais de saúde, além de medidas adequadas que levem em conta todo o contexto vigente no qual as morbidades são desencadeadas e proliferam. Entre as prioridades destacam-se as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) pela visibilidade que elas têm no cotidiano das populações. Assim, em detrimento das DCNT, as doenças cardiovasculares, em especial a doença arterial coronariana, representam a causa mais comum de isquemia do músculo cardíaco e podem manifestar-se de diferentes formas, variando de uma angina do peito até o infarto agudo do miocárdio (LEMOS et al., 2010).

Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil registra uma média anual de 70 mil mortes por infarto e que as doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes ao ano, com projeções para o ano de 2020 de persistirem como causa principal de mortalidade e incapacitação (BRASIL, 2011).

De acordo com Lemos et al. (2010), as síndromes coronarianas agudas (SCA) são causadas por obstrução coronariana decorrente da interação entre fenômenos de trombose e vasoespasmo, o que resulta em sintomas clínicos que são compatíveis com isquemia do miocárdio, angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio (IAM), com ou sem supradesnivelamento do segmento de ST (IAM com ou sem SST).

Neste estudo, o enfoque é dado ao IAM por ser uma patologia clínica de alta incidência e apresentar taxas de óbito elevadas. Sua etiologia é considerada multifatorial. Entretanto, a principal causa é a doença aterosclerótica, em que a placa de gordura ou trombo se rompe e oclui as artérias coronárias (MARTINS, 2010).

Pelas considerações supracitadas, emergiu a questão norteadora para o estudo: Qual o perfil e o estilo de vida de indivíduos com Doença Cardiovascular? De que modo a enfermagem pode promover educação em saúde com estes indivíduos?

Este estudo justifica-se pela importância da relação da educação em saúde com a promoção da saúde. Além disso, considerou-se também que a prevenção de doenças tem recebido destaque mundial nos últimos anos, em especial a educação em saúde com enfoque nas doenças crônicas não transmissíveis. Nesta pesquisa, optou-se pelo estudo da doença cardiovascular, já que ela faz parte das prioridades de pesquisa em saúde.

Muitos são os textos que abordam a temática, e todos apontam para a necessidade de os profissionais da área da saúde voltarem-se para o ambiente no qual as pessoas vivem. Nesse contexto, optou-se por conhecer as vivências de cada indivíduo com doença cardiovascular, o que pode levar o enfermeiro a conhecer um ecossistema peculiar e direcioná-lo para ações efetivas em saúde no que se refere à educação em saúde.

Assim, objetiva-se identificar o perfil e o estilo de vida de indivíduos com cardiopatia isquêmica e a maneira como a enfermagem promove educação em saúde com essa clientela.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa é de caráter exploratório-descritivo de cunho qualitativo. Esse tipo de pesquisa investiga questões particulares, em que se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada e valoriza além do resultado (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi realizada em uma clínica de cardiologia intervencionista, nos meses de abril e maio de 2012. Os sujeitos da pesquisa foram todos os pacientes que aceitaram participar e que realizaram cateterismo cardíaco seguido de angioplastia no ano anterior à coleta.

Foram incluídos na pesquisa sujeitos de ambos os sexos. Algumas exigências para a seleção foram estipuladas, como ser maior de 18 anos e ter sido submetido à intervenção cardíaca - cateterismo cardíaco seguido de angioplastia; aceitar participar da pesquisa; ter condições clínicas de responder aos questionamentos. Foram excluídos os menores de 18 anos; os que não tinham disponibilidade e/ou não aceitaram participar da pesquisa;

os que não haviam sido submetidos a cateterismo cardíaco seguido de angioplastia e os impossibilitados de responder aos questionamentos.

Foi consultada a agenda na qual são registrados os nomes dos pacientes e um contato telefônico. Após o contato e a aceitação de participar da pesquisa, realizou-se uma visita domiciliar com agendamento prévio, para proceder à entrevista com os pacientes. As entrevistas, que foram gravadas conforme permissão dos participantes, seguiram um roteiro semiestruturado, que combina questões fechadas e abertas. Após a gravação, as entrevistas foram transcritas.

A partir das entrevistas transcritas, os dados foram categorizados. Essa etapa baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e realizar, posteriormente, o reagrupamento em classes ou categorias (BARDIN, 2010).

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidos os preceitos éticos e legais, que regem a pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Aos sujeitos participantes, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no qual estão esclarecidos os objetivos e a metodologia proposta, bem como assegurado o seu direito de acesso aos dados e garantido o anonimato. Foi solicitado o deferimento da instituição elencada para a coleta de dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano pelo protocolo número 375.2011.2. Os participantes foram identificados por iniciais escolhidas por eles próprios, seguidas por um número que indica a ordem de entrevista.

## **RESULTADOS**

Os entrevistados, de acordo com os critérios de inclusão, totalizaram onze indivíduos que haviam realizado cateterismo cardíaco seguido de angioplastia. Os diagnosticados com HAS e DM são, na amostra analisada, em sua maioria, do sexo feminino, e o maior número faz parte da

faixa etária de 50 anos ou mais. A análise dos dados demonstrou que os fatores de risco: sedentarismo, sobrepeso, HAS, história familiar, DM, estresse e tabagismo representam maior prevalência na população estudada.

Em relação aos questionamentos que abarcaram os objetivos do estudo, os sujeitos da pesquisa foram questionados quanto à alimentação pregressa e atual. Nessa questão, emergiram as categorias: “ingesta de alimentos ricos em gorduras e carboidratos”; “mudanças alimentares mais saudáveis”. Essas categorias foram observadas nas falas a seguir:

*Como de tudo um pouco, gosto muito de massas, pão, carnes, saladas. Mas agora passei a manejar nessas coisas, como mais pães integrais e diminuí o óleo para cozinhar. (AB03)*

*Comia de tudo exageradamente. Hoje em dia, eu modero, diminuí a quantidade e tive que mudar a variedade. (CS04)*

No que se refere à prática de atividade física, grande parte não pratica, apenas poucos fazem caminhadas semanais. Um participante relatou que pratica exercícios diariamente em uma academia. No questionamento referente à ingesta de água e sua frequência, todos os participantes relataram ingerir boa quantidade de líquido por dia.

No que se refere à questão acerca do estilo de vida frente à profissão, emergiram algumas categorias. Por exemplo, todos os participantes relataram ter “profissões estressantes” e que foram “exigidos em excesso ao longo de suas vidas” e “atualmente houve uma mudança para o estilo de vida – mais saudável e menos estressante”, como se percebe o relato a seguir:

*Me considero uma pessoa mais saudável agora, tenho mais tempo pra mim [...]. (RGS08)*

*Meu trabalho é bem agitado, tenho muitos afazeres, é bastante estressante. (AB03)*

*Acho que exijo demais de mim [...] daí fui obrigada a diminuir o ritmo. (CG07)*

Quando questionados quanto ao primeiro sintoma de doença cardíaca, as categorias elencadas foram presença de dor precordial e dispneia.

*Primeiro senti muito cansaço, fiquei tonta por várias vezes e isso ia cada vez mais aumentando [...] e também uma dor no peito, parece que ia queimando tudo. (RGS08)*

*Tudo começou com uma coisa chata no peito, uma queimação, parece que ia subindo e sufocava. (CG07)*

O diagnóstico de doença coronariana proporciona ao paciente sensações de grande sofrimento emocional, em razão do medo da morte, de ficar inválido, do desconhecido, da solidão e da angústia, uma vez que o coração é tido como um órgão nobre e vital. Acredita-se que essas sensações, por um lado, potencializam o estresse e a ansiedade, o que agrava o quadro clínico, mas, por outro, podem incentivar a prática imediata do autocuidado. Isso foi evidenciado nas respostas referentes ao questionamento sobre o que mudou após o procedimento intervencionista. A maior parte dos entrevistados melhorou a qualidade de vida. Conforme o relato a seguir, muitos obtiveram aproximação da família e outros passaram a cuidar-se mais.

*Passei a ter mais tempo pra mim, deixar os problemas com a família de lado [...] quando o susto surgiu, toda minha família se reaproximou de mim. (GS10)*

*Meus filhos se aproximaram de mim [...]. (DS02)*

*Meus filhos passaram a ter mais cuidados comigo. Me senti mais amada por eles. (SM11)*

Os participantes da entrevista citaram que o papel da enfermagem foi determinante na mudança de hábitos, por meio de orientações. Essa foi outra categoria encontrada conforme se percebe abaixo:

*[...] nesse dia, tudo era importante pra mim, a maneira de como falaram comigo fez toda a diferença [...] nessas horas a gente fica mais sensível, me orientaram sobre o que eu devia fazer depois que saísse de lá. (CS04)*

*Me deram muitas informações, me ajudaram e deram apoio. (RGS08)*

## **DISCUSSÃO**

As transformações sofridas pela população mundial, no último século, no que diz respeito à alimentação, à expectativa de vida e às causas de morte redefiniram o perfil de suscetibilidade às doenças, ou seja, as mudanças socioeconômicas e culturais ocasionaram maus hábitos alimentares, sedentarismo e conseqüente sobrepeso. A união desses fatores ao envelhecimento populacional favoreceu a ocorrência das condições crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes (LIMA et al., 2011).

As doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade no Brasil, perfazendo, segundo levantamento do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), um total de 324.092 óbitos no ano de 2010, destes, 44.460 ocorreram devido às doenças hipertensivas; 99.408 por doenças isquêmicas e 99.159 foram causados por doenças cerebrovasculares. Principal causa modificável das doenças isquêmicas cardíacas, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e vascular periférica, a HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) pode ser considerada um grande problema de saúde pública mundial (PIAZZA; DE LORENZI; SACIOTO, 2005).

Como principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a HAS atinge prevalências alarmantes no mundo todo, visto que é uma condição clínica assintomática e erroneamente subestimada quanto a suas implicações clínicas e psicossociais atuais e potenciais, além

de ser importante fator de risco para outras doenças do aparelho cardiocirculatório. A morbidade e mortalidade das doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar nos levantamentos nacionais e internacionais, o que causa uma maior ocupação dos leitos hospitalares e, conseqüentemente, maiores gastos com saúde (LIMA et al., 2011).

Os fatores relacionados aos hábitos de vida, como a obesidade e o sedentarismo, têm influência direta no estabelecimento e no controle da hipertensão e do diabetes, logo têm sido considerados fatores de risco para a mortalidade prematura. O fumo foi outro aspecto explorado neste estudo, no qual oito dos entrevistados eram tabagistas. O único fator de risco com baixa prevalência foi o uso de álcool (NUNCIARONI et al., 2012).

Na sociedade consumista atual, cuja alimentação é rápida e prática, e a evolução tecnológica minimiza o esforço físico das atividades da vida diária, não é incomum encontrar números altos para fatores de risco cardiovascular, como o sedentarismo e o sobrepeso, na sua estreita relação com os elevados índices de hipertensão arterial e com grandes evidências genéticas (BERNARDES, 2009).

Um hábito que contribui para manter uma boa saúde é a ingestão de água. Ela ajuda a dissolver a maioria das substâncias ingeridas ou produzidas, além de eliminar toxinas, transportar substâncias orgânicas (principalmente oxigênio), regular a temperatura corporal, lubrificar as articulações, aumentar a saciedade. Um organismo hidratado é um organismo metabolicamente ativo, o que contribui com o processo de emagrecimento e com o bom funcionamento do intestino, evitando a constipação intestinal (LIMA et al., 2011).

Além da ingestão de quantidade adequada de água para um bom funcionamento do organismo, a prática adequada e regular de atividade física tem sido admitida como uma das mais importantes e eficazes medidas na prevenção das SCAs e na preservação da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Em contrapartida, o estilo de vida sedentário tem sido considerado fator que aumenta o risco de se desenvolver aterosclerose coronária e se instalar quadro de infarto agudo do miocárdio (PIAZZA; DE LORENZI; SACIOTO, 2005).

A dor torácica sugestiva de isquemia vem sendo um assunto de grande relevância no âmbito mundial. As estimativas confirmam, por exemplo, que cerca de 5% a 10% de todos os atendimentos realizados na sala de emergência, anualmente, nos Estados Unidos, estão relacionados a esse tipo de sintoma. Além desse sintoma, podem surgir outros, como alterações no eletrocardiograma, variação da pressão arterial, fadiga, isquemia, presença de problemas circulatórios, doença crônica, procedimentos invasivos, hipóxia tecidual. São comuns descrições como sensação de estrangulamento, constrição, aumento do peso, dor profunda, aperto, pressão, indigestão, queimação (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

O estresse se caracteriza por um processo psicofisiológico em que estão envolvidos o estressor, a interpretação do sujeito a tal situação e a reação do organismo diante dessa interpretação. Nesse viés, a avaliação do estressor irá depender do indivíduo, das suas experiências e possíveis recursos para seu enfrentamento. Pode-se entender que a carga de trabalho enquanto “sobrecarga de trabalho” interfere diretamente no processo de desgaste laboral e tem relação com as condições de trabalho (NUNCIARONI et al., 2012).

O adoecimento provoca uma série de modificações corporais e sofrimentos que interferem em atividades diárias dos seres humanos. O medo do desconhecido, a falta de informações, angústia e baixa da autoestima fazem com que muitas vezes as pessoas sejam incapazes de reagir normalmente diante de algum procedimento. Sendo assim, a enfermagem deve prover um atendimento acolhedor, ou seja, oferecer atendimento de qualidade com um bom relacionamento e entendimento. É importante compreender que o processo ensino-aprendizagem, quando se refere à educação permanente do profissional da saúde, não deve se restringir à transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. As experiências vivenciadas pelas pessoas, bem como seu conhecimento e experiências profissionais e pessoais devem ser consideradas (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

Essas considerações são importantes, pois o que está em questão é um processo educativo, no qual devem ser considerados o conhecimento

prévio dos indivíduos envolvidos, que são permeados de valores, cultura, atitudes e comportamentos pessoais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo demonstram hábitos de vida que condicionam ao desenvolvimento da doença arterial coronariana. Foi possível verificar uma alta prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda na população estudada. Entre os quais, a hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus apresentam presença expressiva na amostra.

A alta incidência de doenças cardiovasculares na atualidade, em parte, está relacionada a um estilo de vida que propicia o desenvolvimento dos fatores de risco que comprovadamente contribuem para o aumento do número de indivíduos acometidos por essas doenças. Esses fatores de risco, que atuam sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, podem ou não estar presentes, dependendo do estilo de vida adotado pelos indivíduos.

É necessário conhecer a prevalência desses fatores de risco, isolados ou combinados, pois é a partir de sua redução, com programas de prevenção primária e secundária, que os programas de saúde poderão ser efetivados. A identificação desses fatores nos diferentes grupos é hoje considerada fundamental para o desenvolvimento de estratégias voltadas à redução das taxas de morbimortalidade da população, assim como para a melhoria da qualidade de vida.

Diante de tais evidências, é determinante o papel da enfermagem na identificação dos fatores de risco. Assim, é importante a realização, por parte desses profissionais, de programas de educação em saúde que sejam realmente efetivos e que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Os profissionais de enfermagem, que têm como uma de suas principais atribuições a atenção primária e a educação em saúde, tornam-se coparticipantes nas orientações para a população, para que sejam adotadas medidas preventivas, por meio de atividades educativas, informativas

e interativas, visando à promoção de um estilo de vida saudável para a prevenção de agravos à saúde. Espera-se que os dados coletados subsidiem novas pesquisas acerca da temática, bem como colaborem para o processo de educação em saúde.

Ao partir do pressuposto de que é fundamental conhecer o que o paciente deseja saber, é necessário então prepará-lo de forma adequada, de acordo com suas percepções e expectativas, a fim de direcioná-lo a orientação conforme suas particularidades e com sua capacidade de assimilar a informação. Planejar a assistência de enfermagem para pacientes que serão submetidos à intervenção cardíaca requer habilidade e conhecimento a respeito dos possíveis medos e das prováveis reações emocionais que o paciente pode apresentar diante dessa situação. Assim, é fundamental atuar de forma participativa e promover medidas educativas e orientacionais.

## REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa, PO: Edições 70, 2010.

BERNARDES S. **Estágios de Mudança de Comportamento Alimentar Relacionados ao Consumo de Frutas e Vegetais em Pacientes com Doença Aterosclerótica**. 2009. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares. Porto Alegre (RS), 2009.

BRASIL. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://bit.ly/1de8q1m>>. Acesso em: 12 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dia do Coração**: data reforça importância dos cuidados com esse órgão vital. Brasília, 2011.

LEMOS, K. F. et al. Prevalência de fatores de risco para Síndrome Coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 129-135, 2010.

LIMA, L. et al. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 02, p. 323-329, 2011.

MARTINS, H. **Emergências Clínicas: Abordagem Prática**. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2010.

MINAYO, M. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MOREIRA, T.; GOMES, E.; SANTOS J. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 662-669, 2010.

NUNCIARONI, A. et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 32-41, mar. 2012.

PIAZZA, I.; DE LORENZI, D.; SACILOTO, B. Avaliação do risco cardiovascular entre mulheres climatéricas atendidas em um programa de saúde da família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 200-209, 2005.

# O ITINERÁRIO DE DEPENDENTES QUÍMICOS: DA DESINTOXICAÇÃO QUÍMICA À REINserÇÃO SOCIAL

---

Simone Barbosa Pereira  
Dirce Stein Backes  
Ubalдина Souza  
Simone dos Santos Nunes

## RESUMO

No presente estudo, adotou-se como metodologia a pesquisa etnográfica, a qual permite a leitura de determinado cenário sem preocupar-se com julgamentos, preconceitos ou busca de certezas. Para tanto, foi realizado o acompanhamento de um casal de usuários de crack. A mulher foi internada em unidade obstétrica, e seu companheiro interna-se em fazenda terapêutica (FT). O acompanhamento da mulher deu-se dentro da unidade obstétrica e do companheiro a partir da internação em FT. Foram sucessões de encaminhamentos com vistas a transcender o tratamento pontual para dependência química. O principal objetivo desse estudo foi acompanhar o itinerário de um casal de dependentes químicos durante o processo de tratamento até os desafios da reinserção social. Com essa etnografia, pode-se observar a necessidade de transpor o ser humano, além da doença para sua singularidade entendendo-o como corresponsável pelo seu tratamento. Sob esse viés, ressalta-se a importância de políticas públicas efetivas, tanto para o tratamento como para a reinserção social de pessoas submetidas à internação para dependência química. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o nº 279/2009.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Equipe de Cuidados de Saúde. Ação Inter-setorial. Políticas Públicas.

## INTRODUÇÃO

No contexto atual, em um mundo globalizado, mesmo com acesso à Internet e informações chegando a todo instante por meios de comunicação, torna-se perceptível o elevado número de adultos, jovens e crianças que se envolvem, cada vez mais, com o uso de drogas, de forma impulsiva, por prazer ou até mesmo para desafiar as suas próprias forças. A temática das drogas é palco de discussões há várias décadas. No entanto, tal problemática se agravou com o surgimento das drogas mais potentes e altamente devastadoras, com destaque especial para o crack, foco deste trabalho.

A entrada do crack no Brasil ocorreu em meados de 1988, mais especificamente nas periferias da cidade de São Paulo. Essa droga, um subproduto da cocaína, disseminou-se rapidamente em vista de seu baixo custo, além de produzir efeitos mais intensos do que a cocaína (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Estimativas apontam que, desde a chegada do crack ao Brasil, há mais ou menos 22 anos, o uso dessa droga só cresceu. Em 1989, houve o primeiro relato de uso do crack no Brasil, mas somente em 1991 ocorreu a primeira apreensão. Com a disseminação dessa droga, surgiram as cracolândias em vários estados brasileiros (SANCHES; PAGGI; VALENTIM, 2011).

Em 2005, uma pesquisa revelou que pelo menos 0,7% dos adultos já havia usado o crack. No ano de 2006, foi publicada a lei que sancionava o uso e o tráfico de drogas ilícitas, de modo que se penalizavam os traficantes destas drogas. Em 2010, o crack tornou-se alvo de discussões dos candidatos à presidência da república em suas campanhas eleitorais e, em 2011, surge a polêmica da internação compulsória de dependentes químicos (SANCHES; PAGGI; VALENTIM, 2011).

O crack é um forte estimulante em nível de sistema nervoso central (SNC), visto que a sua ação está em bloquear a ação dos neurotransmissores ou tentar impedi-las. Os principais neurotransmissores envolvidos nesse processo são a norepinefrina, dopamina, serotonina, acetilcolina e o gaba (TIBA, 1999).

Vale lembrar também que o uso de drogas normalmente está associado às atividades ilícitas, como furtos, roubos, tráfico, latrocínios, atitudes violentas e vulnerabilidade social (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Sob esse viés, uma vez identificada a dependência química, faz-se necessária a intervenção em busca de tratamento para o dependente.

Para tanto, existem métodos de tratamento, como clínicas de reabilitação e fazendas terapêuticas. Nesse processo, o apoio da família do dependente químico desempenha importante função no tratamento, visto que a dependência está atrelada a fatores psicológicos, sociais e espirituais (ARAGÃO; MILAGRES; FRIGLIE, 2009). Pode-se observar que as complicações tanto físicas, como sociais e psicológicas podem gerar altos custos à saúde pública em virtude de que, não raras vezes, usuários de drogas não conseguem inserir-se no mercado de trabalho ou manter-se nele em decorrência dos efeitos que a droga pode causar (GABATZ et al., 2013).

Diante dessa problemática e com toda a informação que, no cenário atual, se tem a respeito das drogas, observa-se que as opiniões divergem quanto ao tipo de tratamento. De um lado questiona-se a liberdade de ir e vir, negando a internação compulsória, por outro lado, encontra-se a ansiedade por solucionar esta problemática, hoje caracterizada como problema de saúde pública.

Nesse íterim, ressalta-se a necessidade de políticas públicas efetivas no tratamento, na promoção da saúde, bem como na reinserção social de dependentes químicos, contexto em que a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) é um dos órgãos responsáveis por integrar e coordenar as ações relacionadas ao tema. Vale lembrar que a própria legislação aponta que o tema “drogas” não é fator isolado e de responsabilidade de um órgão, mas está vinculado à participação da própria sociedade (BRASIL, 2008).

Sob esse viés, observa-se que o Ministério da Saúde tem se envolvido em iniciativas na prevenção ao uso de drogas, com objetivo de colocar em discussão essa temática por meio de campanhas e, dessa forma, sensibilizar e salientar que o combate ao uso de drogas está atrelado ao envolvimento social (BRASIL, 2009).

Deste modo, propõe-se, com este estudo, etnografar situações vivenciadas durante o tratamento de desintoxicação química para a reinserção social de um casal de usuários de crack.

## **METODOLOGIA**

Para a presente pesquisa, foi utilizada a etnografia, por esta ter como característica permitir ao autor descrever e interpretar determinada realidade, sem que, com isso, haja a pretensão de revelar verdades, mas procurar desvelar significados de determinados sujeitos e/ou relações vivenciadas (GEERTZ, 1989).

Dessa maneira, a etnografia caracteriza-se por permitir ao observador procurar interpretações não apenas do que é visível como também o que não está explícito, ou seja, a etnografia busca descrever os significados do cotidiano dentro de uma cultura (BRAGA, 1988).

Os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos e o método do estudo, bem como tiveram assegurado o direito de livre acesso aos seus dados e à desistência de participação a qualquer momento, sem lhes acarretar danos ou prejuízos. O consentimento para este estudo foi por meio da leitura detalhada e, posteriormente, da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurado aos participantes o sigilo quanto à sua identidade. A fim de preservar suas identidades, foram utilizados pseudônimos: mulher (Rosa), homem (Cravo).

Este estudo teve início no mês de setembro do ano de 2010 e estendeu-se até o mês de novembro do ano de 2012. Nesse processo circular e interativo, a pesquisadora participou ativamente dos diferentes movimentos e vivências da proposta em questão.

A fim de atender aos critérios éticos, foram respeitadas rigorosamente as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96, a qual preconiza a ética na pesquisa com seres humanos, levando em consideração o desenvolvimento da pesquisa e solicitação de autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o número 279/2009.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, Rosa foi direcionada à maternidade de um hospital de médio porte na cidade de Santa Maria - RS. Sua aparência enfraquecida apontava para a necessidade de cuidados específicos. Chegou com aproximadamente 20 semanas de gestação e ficou por cerca de 5 dias nessa unidade. Após esse período foi encaminhada à unidade de desintoxicação química. No primeiro instante, Rosa demonstrou certa oposição à internação, mas, aos poucos, foi compreendendo a proposta e, consequentemente, aceitando o tratamento.

Nesse período, chegou um documento do judiciário, por meio do qual se solicitava a internação da jovem compulsoriamente devido aos seus antecedentes maternos, os quais apontavam que, por sua negligência com os outros quatro filhos, Rosa permaneceria internada até o nascimento de seu filho e tão logo ele nascesse seria encaminhado para adoção. Vale ressaltar que dois filhos já haviam sido adotados na cidade de Santa Maria - RS, os outros dois estavam em Porto Alegre - RS, um sob a tutela de uma tia e outro em processo de adoção.

Nessa perspectiva, a equipe de colaboradores do hospital exerceu com seriedade o acolhimento, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH). Com intuito da escuta atenta do que afligia Rosa, a equipe interveio sabiamente, de modo que articulou redes internas e externas, a fim de lhe garantir a atenção integralizada (BRASIL, 2006).

Ao perceber a vontade de mudança que Rosa buscava e o quanto o filho que estava esperando era importante em seu tratamento, os integrantes do Projeto Acordes para Saúde, grupo formado em sua maior parte por acadêmicos de enfermagem, buscaram alternativas para auxiliá-la nesse processo. Tanto profissionais da equipe da unidade quanto da administração do hospital estavam imbuídos em auxiliá-la e lhe oferecer uma oportunidade de mudança, a fim de que pudesse ter a chance de reestruturar-se.

Por meio de ações empreendedoras, foi possível articular e mobilizar o grupo de pessoas que, naquele momento, fazia parte da vida

de Rosa em prol da possibilidade de transformação na vida dessa mulher, a fim de que ela se tornasse a protagonista de sua história. Nessa direção, salienta-se que o empreendedorismo social está diretamente atrelado à criatividade, dinamismo e estratégias, tendo como base a cidadania, o que traz como possibilidade a transformação para os envolvidos (BACKES, 2008).

Eram pensamentos aturdidos com o que e como fazer para auxiliar esse jovem casal. Primeiramente, foram providenciados todos os documentos pessoais de Rosa, pois ela não portava documento algum em seu poder. A partir de verbalizações de Rosa foi possível perceber o quanto seu companheiro Cravo era importante em sua vida, foi, então, que a equipe mobilizou-se em dialogar a respeito de provável internação para ele.

Primeiramente, Cravo não aceitava a ideia de tratar-se. Foi a partir de intervenções judiciais que aceitou sua internação em fazenda terapêutica (FT), haja vista que caso não aceitasse intervenção (tratamento) poderia ser submetido ao cárcere devido a seus delitos. Com todos os acontecimentos que permeavam a vida do casal, ainda havia a questão relacionada a alguém que pudesse oferecer oportunidade de emprego ao Cravo e à Rosa. A administração do hospital entendeu que poderia também oferecer uma oportunidade de trabalho. Foi então que, após o tratamento, Rosa foi admitida em outra empresa com a mesma administração.

Após a alta hospitalar (AH), foram sucessivas mudanças de endereço de Rosa. Cravo concluiu seu tratamento de doze meses em FT e retornou para junto de sua família. Logo foi em busca do encaminhamento de alguns documentos pessoais a fim de ter a chance de adentrar no mercado de trabalho. Mudaram-se mais duas vezes de residência e logo Cravo conseguiu emprego em uma oficina onde trabalhou por cerca de três meses. Seu comportamento, aos poucos, começou a demonstrar traços de agressividade e ansiedade, almejava logo acréscimo de salário. Por momentos, o casal se desentendia por mínimas situações, parecia que não mais se reconheciam.

De acordo com Morin (2000), conhecer determinada situação não traz nenhuma verdade com veemência, apenas se dialoga com as incer-

tezas. E, mais uma vez, as incertezas traziam desassossego, não havia a direção certa a seguir, somente desorganização dos pensamentos, logo se buscava uma nova organização.

Abordar a complexidade do “fenômeno do crack” significa transcorrer em redes de interseções e mergulhar no mais profundo desconhecido em busca de um esboço de entendimento. São muitas as perguntas para as quais não há respostas concisas, apenas surgem mais dúvidas. Sendo assim, pode-se questionar: Existe alguma certeza em relação aos métodos utilizados no que diz respeito a esse “fenômeno”? Que tipo de tratamento é o ideal? Como reestruturar uma família, a princípio destruída pelo uso de drogas? Quem irá trabalhar com valores com pessoas que até então estavam afastadas da sociedade, vivendo à sua margem?

Ainda sob esse enfoque, torna-se necessário re(pensar) a formação profissional. O que pensam nossos formadores, nossas universidades e escolas a respeito do fenômeno? E ainda o que estão fazendo concretamente para avançar na formação de profissionais capazes de fazer frente a tamanha complexidade social? De que forma articular redes intersetoriais, a fim de atender às necessidades de cada indivíduo antes, durante e após o tratamento da dependência química? De quem é a responsabilidade? E onde fica o dependente químico em meio a tantos questionamentos?

Pode-se observar que são muitos os questionamentos, porém, tratando-se de seres humanos e entendendo-os como seres complexos, não se pode traçar planos previsíveis, apenas buscar a melhor forma de atendê-los a partir de sua singularidade. Salienta-se a necessidade de trazê-los como protagonistas de sua história e, dessa forma, situá-los como autores e atores do processo.

As questões citadas fazem parte do tratamento, o tão comentado “processo”. Por vezes, era perceptível que o casal faltava com a verdade, ou omitia certas informações que *a priori* julgávamos importantes. Inicialmente a busca era em torno de certezas, dados concretos, porém, paulatinamente, compreendeu-se a forma de trabalhar com as incertezas que permeavam todo o processo que estava sendo vivenciado.

Em determinado momento, na imensidão de incertezas, as reflexões estavam em torno de quanto tempo este casal foi andarilho e para sobrevivência e sustento do vício manipularam, mentiram e omitiram fatos para conseguir seus benefícios? Será que em poucos meses haveriam de se desnudar desta realidade, deste histórico de suas vidas?

Discorrer a respeito da dependência química significa, em suma, transcender o cuidado pontual apenas com foco na doença, bem como visualizar o ser humano e compreendê-lo dentro de um contexto, trazendo-o como corresponsável tanto pelo tratamento como para sua reinserção social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do fenômeno “crack”, foi possível observar a complexidade que o envolve. Sob uma vertente, foi possível observar usuários de crack dentro de suas realidades em busca de tratamento e reinserção social, sob outro viés observou-se a falta de preparo de profissionais inseridos nos serviços de saúde, bem como a escassez de oportunidades de trabalho após tratamento para dependência química.

Portanto, a partir deste estudo evidenciou-se que é necessário uma maior abordagem acadêmica e política a respeito da temática, com enfoque desde a formação de profissionais até a responsabilidade social dos cidadãos.

## REFERÊNCIAS

ARAGAO, Antonio Teulberto Mesquita; MILAGRES, Elizabete; FIGLIE, Neliana Buzi. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 14, n. 1, abr. 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1Q6yy04>>. Acesso em: 19 ago. 2011.

BACKES, Dirce Stein. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 245 f. Tese (Doutorado em Filosofia, Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BRAGA, Célia Maria Leal. A etnometodologia como recurso metodológico na análise sociológica. **Ci. Cult.**, v. 40, n. 10, p. 957-966, out. 1988.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.gov.br>>. Acesso em: 08 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas/Presidência da República**, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Ministério da saúde lança campanha nacional sobre o crack**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1FTlp2o>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, mar. 2013 .

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

RIBEIRO, Luciana Abeid; SANCHEZ, Zila Van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J. bras. psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, 2010.

SANCHES, M.; PAGGI, M.; VALENTIM, A. Internar à Força Resolve? **ÉPOCA**, n. 690, p. 104-110, ago. 2011.

TIBA, I. **Anjos caídos**: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. São Paulo: Gente, 1999.



# FATORES PREDISPOENTES PARA A REINTERNAÇÃO DOS PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS NA VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

---

Juliana Pelegrini

Karine de Freitas Cáceres Machado

Juliana Silveira Colomé

Maria Helena Gehlen

## RESUMO

Com esta pesquisa, objetivou-se conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre os fatores predisponentes para a reinternação dos pacientes dependentes químicos, reconhecer as estruturas que dão suporte para o dependente químico fora da instituição hospitalar e descobrir quais as ações que a equipe multiprofissional pode desenvolver para prevenir a reinternação. Caracteriza-se como uma pesquisa do tipo qualitativo. Participaram deste estudo uma psicóloga, duas enfermeiras e três técnicos de enfermagem da Unidade Psiquiátrica de um hospital de médio porte no Município de Santa Maria - RS. A coleta de dados procedeu-se por meio de um questionário e foi realizada no mês de outubro de 2011. Após a análise de dados, emergiram três categorias: Falta de apoio familiar; Lacuna de apoio socioassistencial e Estruturas sociais promotoras de saúde. Concluiu-se que a família é um elemento importante na interconexão da rede de apoio do dependente químico e percebeu-se a relevância da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, que está ligada diretamente ao processo do cuidado integral do paciente, bem como o apoio de estruturas extra-hospitalares para que o dependente não desista do tratamento e conseqüentemente não haja recaídas.

**Palavras-chave:** Hospitalização. Usuários de drogas. Família.

## INTRODUÇÃO

A dependência química é um transtorno crônico que, pela sua própria natureza, apresenta tendência a episódios de recaída. As dificuldades em administrar as barreiras que surgem na jornada de um dependente em recuperação podem levá-lo a recidiva (BUHELLE; MARCATTI; RABELO, 2004).

Na atualidade, a dependência química corresponde a um fenômeno amplamente divulgado e discutido, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social e de saúde. No entanto, falar sobre o uso de drogas, principalmente em relação à dependência química, direciona a questões relacionadas ao campo da saúde, o que implica a necessidade de realizar uma reflexão sobre esse fenômeno no âmbito das concepções sobre saúde e doença, vigentes ao longo da história do homem, bem como no momento atual. Isso porque temas como saúde, doença e drogas sempre estiveram presentes ao longo da história da humanidade, embora cada período ofereça uma maneira particular de encarar e lidar com esses fenômenos, de acordo com os conhecimentos e interesses de cada época (BUCHELE; MARCATTI; RABELO, 2004).

Segundo Aguilar e Pillon (2005), o consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se, nas últimas décadas desse século, como um fenômeno de massa e uma questão de saúde pública. Dessa forma, em função da complexidade desse fenômeno na atualidade, a dependência química é um problema que recebe crescente atenção, o que mobiliza o sistema de saúde.

É necessário pontuar que o atendimento a dependentes químicos envolve dois aspectos centrais: primeiro, a desintoxicação com a finalidade de retirada da droga e seus efeitos, e segundo, a manutenção, ou seja, a reorganização da vida do indivíduo sem o uso da droga (MACIEIRA, 2000). Estudos apontam que, ainda hoje, observam-se baixos índices de sucesso no tratamento da dependência química, pois diversos fatores podem contribuir para a não adesão ao tratamento, o abandono ou, até mesmo, para o uso de substâncias psicoativas durante o período (AGUILAR; PILLON, 2005).

Estabelece-se como “recaída” o momento em que um dependente em processo de recuperação volta a consumir as drogas. Em geral, é um acontecimento que mesmo inconscientemente é programado pelo dependente e esse se caracteriza a partir do momento no qual ele consome a droga, na realidade ele vem acontecendo gradativamente e, em muitos casos, se evidencia por mudanças inesperadas de hábitos, comportamentos, humor instável, entre outros fatores (MARLATT; GORDAN, 1993).

Para que o tratamento alcance seu propósito, deve acontecer um estabelecimento entre equipe/paciente em que possa haver cumplicidade, parceria entre ambos. Nesse propósito, objetivou-se: conhecer a percepção da equipe multiprofissional sobre os fatores predisponentes para a reinternação dos pacientes dependentes químicos, reconhecer as estruturas que dão suporte para o dependente químico fora da instituição hospitalar e descobrir quais as ações que a equipe multiprofissional pode desenvolver para prevenir a reinternação.

## **METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, na qual o pesquisador tem por finalidade mostrar as opiniões e sugestões dos participantes, investigando específicos fatos ou fenômenos. Também possui característica descritivo-exploratória que compreende a etapa de escolha do objeto de investigação, de delimitação do problema, de definição do objetivo, de construção do marco teórico-conceitual, do instrumento de coleta de dados e da exploração do campo para uma maior familiarização do pesquisador com o tema a ser pesquisado (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi realizada na unidade psiquiátrica de um hospital no município de Santa Maria - RS. A equipe da unidade é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo e nutricionista. A unidade comporta 23 leitos, para pacientes de ambos os sexos e atende dependentes químicos e portadores de doenças mentais.

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro do ano 2011. Os participantes do estudo foram os membros da equipe multiprofis-

sional que atuam na unidade psiquiátrica. A coleta procedeu-se por meio de um questionário com as seguintes questões norteadoras: Qual (quais) fator(es) é (são) predisponente(s) para a reinternação dos pacientes? Que estruturas poderiam dar um suporte para auxiliar o dependente fora do meio hospitalar e evitar, assim, a reinternação? Quais ações multiprofissionais poderiam potencializar a redução das reinternações? Como você percebe a possibilidade de efetivar tais ações?

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram asseguradas as questões éticas, conforme Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2004), e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o parecer nº 045.2010.2. Além disso, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi apresentado imediatamente antes da coleta das informações. Este estudo comprometeu-se a não causar nenhum constrangimento aos respondentes e oportunizou orientações e assistência de enfermagem caso fosse necessário. Para identificação de cada sujeito, utilizou-se a inicial de sua profissão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da pesquisa duas Enfermeiras, três Técnicos de Enfermagem e a Psicóloga que atua na Unidade Psiquiátrica. Dos participantes, são dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino. O tempo de atuação dos participantes na área é de cinco a seis anos.

A partir das questões norteadoras, emergiram categorias, quais sejam: Falta de apoio familiar; Lacuna de apoio socioassistencial; Estruturas sociais promotoras de saúde.

### **Falta de apoio familiar**

Observou-se na fala da maioria dos sujeitos a falta de apoio familiar como fator de reinternação dos pacientes dependentes químicos, como se pode observar nas falas abaixo:

*Falta de comprometimento da família em grupos de orientações. (P)*

*Apoio familiar. (E1)*

*Falta de apoio familiar. (TE1)*

A família tem o papel fundamental e necessário para a aceitação da dependência química, no processo de internação e continuação do tratamento. Para o dependente químico, é de suma importância ter a família ao seu lado lhe apoiando e incentivando sua melhora. Quando o paciente percebe que seus familiares não apoiam seu tratamento, ele, muitas vezes, desiste e, com o passar dos dias, volta a ser internado nas unidades de desintoxicação.

Segundo Gazarro (2003), o primeiro passo a ser dado pelo paciente é ter consciência do seu problema e, a partir do momento em que a pessoa se vê doente e procura por melhora e tratamento, este processo se torna satisfatório tanto para o paciente como para sua família. Venâncio (2003) aponta que toda mudança social se reflete no grupo familiar, e toda mudança na estrutura familiar tem reflexos profundos na sociedade.

Segundo Rigotto (2001), a importância da participação da família no tratamento do dependente químico é um paradigma esclarecido no qual há o reconhecimento de que todos estão interligados e interconectados. Por conseguinte, a mudança de um indivíduo provoca reverberação em todo o sistema, como se percebe no relato a seguir:

*A família aos poucos vai abandonando, não acredita na recuperação. (E2)*

De acordo com Kessler (2003), a etapa de compreensão de fenômeno da drogadição passa pelo estudo da relação que a família assume neste cenário. Assim, é relevante frisar que os grupos de apoio aos familiares podem ser de ajuda significativa para que estes estejam preparados o suficiente para dar o auxílio necessário ao tratamento de recuperação de dependentes.

Para que isso aconteça efetivamente, é necessário o envolvimento de diversos grupos da sociedade, principalmente a família, uma vez que esta apresenta um papel crucial no processo de desenvolvimento de seus membros, constituindo-se como o primeiro agente educativo/preventivo. Por meio da família, a criança vai aprender condutas, hábitos e valores a partir da observação das atitudes dos pais diante da vida e dos problemas inerentes ao cotidiano (CARRANZA; PEDRÃO, 2005).

Conforme Borba et al. (2008), após a reforma psiquiátrica, a família assumiu o papel de cuidar e ressocializar as pessoas com doença mental. Portanto, é necessário conhecer o arranjo familiar, a dinâmica familiar e entender como esse grupo reage e convive com o sujeito em sofrimento psíquico.

Além disso, a família necessita ter condições básicas de sobrevivência para garantir o desenvolvimento integral de seus membros. Isso torna possível maximizar os fatores de proteção ao uso de drogas presentes na família e minimizar a influência dos fatores de risco desse ambiente, a fim de permitir ao indivíduo desenvolver um rol de habilidades para lidar com situações de pressão, medo e perda no seu cotidiano. É claro que o desenvolvimento dessas habilidades não depende única e exclusivamente da família, porém ela tem um papel preventivo relevante, bem como um papel significativo na adesão ao tratamento quando existe uma dependência já diagnosticada.

### **Lacuna de apoio socioassistencial**

Outro fator que foi ressaltado diz respeito à falta de estruturas que possibilitem um atendimento pós-alta hospitalar, o município onde foi desenvolvida a pesquisa possui muitos pacientes em tratamento para dependência, contudo não há número de CAPS suficiente para atender aos usuários, como pode ser observado nas falas abaixo:

*Não dar continuidade no tratamento pós-alta; falta de apoio da rede socioassistencial. (P)*

*Acompanhamento psiquiátrico pós-alta, alguns pacientes demoram para serem atendidos pelo psiquiatra. (E1)*

*Aumento do número de CAPS. (TE 1)*

A partir das falas dos entrevistados, percebe-se que, após a internação desses pacientes, a grande maioria acaba tendo uma recidiva no seu tratamento. Isso ocorre, muitas vezes, por desmotivação e força de vontade para permanecer em abstinência.

Após sua aceitação da doença e sua decisão de tratar-se, a família passa a acreditar mais na melhora e no controle que o paciente pode exercer sobre o vício. Isso faz com que haja mais harmonia no convívio familiar.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimentos médico e psicológico (BRASIL, 2004). Recentemente, o Ministério da Saúde baixou a Portaria nº 816/GM, que regula o atendimento do dependente de drogas e álcool em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD). A portaria prevê uma equipe mínima, da qual os enfermeiros e os técnicos/auxiliares de enfermagem fazem parte (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005).

Conforme Ferreira et al. (2012), a presença de uma alta acompanhada na perspectiva da dependência química aponta para uma ferramenta possivelmente eficaz no que se refere à redução do número de internações hospitalares.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004), ressalta os objetivos do CAPS, bem como particularidades dos CAPSad: oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo das internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPSad devem oferecer atendimento diário, de forma intensiva, semi-intensiva, e não intensiva, de modo a permitir

planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, hospital geral, hospitais dia) e da rede básica de saúde (unidade básica de saúde), bem como ao programa Estratégia de Saúde da família.

Conforme Ferreira et al. (2012), ao participar dos serviços oferecidos pelo CAPS, o indivíduo pode conciliar o tratamento com sua vida social, sem precisar se afastar integralmente de determinadas ocupações cotidianas.

### **Estruturas sociais promotoras de saúde**

Essa terceira categoria emergiu a partir das falas nas quais os sujeitos abordaram estruturas sociais capacitadas para atender os pacientes dependentes químicos. Os grupos terapêuticos foram citados por vários sujeitos como estrutura de apoio, como se pode observar nas falas abaixo:

*Grupos de mútua ajuda. (P)*

*Grupos de autoajuda, sensibilizando a comunidade a efetivar tais ações. (E1)*

*Grupos terapêuticos trazendo pessoas que conseguiram sair das dependências. (TE2)*

Os grupos de autoajuda têm como característica ser, normalmente, grupos de formação espontânea entre pessoas que se sentem identificadas por algumas características semelhantes entre si e se unificam quando se dão conta de que têm condições de ajudarem-se (REZENDE; ZANELATO, 2005).

Um grupo é caracterizado por um conjunto de pessoas reunidas em torno de um interesse comum, que mantém preservadas as identidades individuais, com alguma forma de interação afetiva entre os membros. O grupo de autoajuda pode ser caracterizado pela participação

de semelhantes. Tem como finalidade e responsabilidade, a ajuda mútua. Essa ajuda constitui-se como forma de ajudar a si próprios e, ao mesmo tempo, se protegem de preconceitos e da rejeição social (ZIMMERMAN, 1997).

Quando se trabalha em grupo, se tem a oportunidade de estimular os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vivenciados. Em grupo, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seus sentimentos e pensamentos, dar opiniões, expor seu ponto de vista ou permanecer em silêncio, de maneira que haja o compartilhamento de conhecimentos advindos das experiências de cada um. É por meio dessas trocas que os participantes se beneficiam, encontram respostas para a maioria de suas dúvidas, o que faz com que, gradativamente, se efetive a educação em saúde por meio dos grupos (SOUZA, 2005). O trabalho em grupo visa proporcionar autoconhecimento e bem-estar aos participantes por meio das interações e vínculos que se estabelecem.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Constatou-se que o apoio da equipe multiprofissional é de extrema importância, assim como o apoio da família. A família é um elemento importante na montagem da rede de apoio do dependente químico, que deve ser conduzida por profissionais da área da saúde. Para que o trabalho seja eficaz, é necessário conhecer a realidade do paciente, assim como seu contexto familiar. É preciso enfatizar que o auxílio da equipe de saúde, principalmente da enfermagem, que está ligada diretamente ao processo do cuidado integral do paciente, oportunizando o apoio e suporte, é imprescindível para que o dependente não desista do tratamento e conseqüentemente evite a progressão da dependência química.

Assim, é importante o acompanhamento terapêutico em período integral para que haja continuidade do tratamento. Esse acompanhamento deve ocorrer por meio de orientações sobre autocuidado e estímulo à participação em programas de ensino e em atividades que contribuam para a inserção social destes pacientes, o que facilita o convívio com outras pessoas e ajuda a superar o preconceito.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas em personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 13, p. 790-797, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2004.

BÜCHELLE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D. R. Dependência química e prevenção à recaída. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 2, n. 13, p. 233-240, 2004.

BORBA, L. O. et al. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm.**, n. 21, p. 586-594, 2008.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. Formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, n. 13 (número especial), p. 863-871, 2005.

CARRANZA, D. V. V.; PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 13, p. 836-844, 2005.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 17, p. 444-451, 2012.

GAZARO, L. R. P. **Saiba mais sobre a doença “alcooolismo”**. 2. ed. Casca-RS: Hoje, 2003.

KESSLER, F. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, p. 33, 2003.

MACIEIRA, M. Tratamento da dependência química: experiência do PAA-HUCAM-UFES. In: LUIS, M. A.; SANTOS, M. A. (Org.). **Uso e abuso de álcool e drogas:** trabalhos apresentados no VI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e V Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica (p. 47-51). Ribeirão Preto: FIERP-EERP-USP/FAPESP, 2000.

MARLATT, A.; GORDON, J. **Prevenção da recaída:** estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

RIGOTTO, S. D. **Contextos de Abstinência e Recaída na recuperação da Dependência química:** Novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. p. 65.

REZENDE, M. M.; ZANELATTO, N. A. Codependência: a função de grupos terapêuticos para esposas de alcoolistas. **Psicólogo inFormação,** São Bernardo do Campo, v. 9, 2005.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre (RS), v. 2, n. 26, p. 147-153, ago. 2005.

VENÂNCIO, J. **Textos de apoio em saúde mental.** Organização Escola Politécnica de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ZIMMERMAN, D. E. Psicoterapias de grupo. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias:** abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 225-240, 1997.



# A DOR NOS CLIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO NARRATIVA

---

Mariana Comassetto de Aguirre  
Dirce Beatriz Marquardt Lucio  
Cláudia Zamberlan  
Karla Cristiane Oliveira Silva  
Simone dos Santos Nunes

## RESUMO

Com este estudo, buscou-se identificar a produção científica brasileira de enfermagem sobre sinais e sintomas de dor nos clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e descrever a avaliação de enfermagem nesse contexto. Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, realizado por meio da busca de artigos científicos na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES). Por meio dessa busca, oito artigos científicos compuseram a presente revisão narrativa. Os descritores selecionados foram “Dor”, “Centro de Terapia Intensiva” e “Enfermagem”. A busca ocorreu de setembro a dezembro de 2012. Em quatro artigos, foi enfatizada a utilização da escala da dor e, em quatro, foram descritos os sinais e sintomas. Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo, de Minayo (2010). Criaram-se categorias temáticas em relação aos autores e análise sintética dos textos, com a finalidade de observar a divergência e a convergência dos diferentes autores. Pôde-se constatar que a equipe de enfermagem, por estar presente 24 horas à beira do leito e cuidar de pacientes com diversas patologias e sintomatologias, tem profissionais com efetiva responsabilidade e condições de avaliar a dor, e, portanto, devem incorporar à sua prática assistencial as escalas de dor, como um forte aliado na qualidade da assistência. Percebe-se a importância do presente estudo, tendo em vista que uma avaliação criteriosa da dor pode colaborar, não somente na qualidade do atendimento, mas também na precisão clínica da assistência.

**Palavras-chave:** Dor. Centro de Terapia Intensiva. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem é subsidiado por ações que contribuem para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, visando melhora da qualidade de vida da população. Nesse contexto, diferentes ambientes de cuidado são destacados quando é abordado o tratamento, o diagnóstico e o prognóstico do paciente. Entre eles, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), local de alta complexidade, que atende pessoas em situações críticas de saúde, cujo objetivo é melhorar o quadro clínico e, conseqüentemente, possibilitar a saída desse setor para posterior alta hospitalar.

Acredita-se que, por ser este um ambiente complexo e com tecnologia abrangente, o cuidado de enfermagem tem especificidades, e o olhar terapêutico do enfermeiro deve ser direcionado para todos os aspectos clínicos que possam ser fatores complicantes na terapia instituída.

Nesse contexto, destaca-se a dor como um dos principais problemas do paciente da terapia intensiva, pois alguns elementos e/ou sinais podem ser mal interpretados ou subestimados, o que pode fazer com que a conduta seja inadequada e, assim, ocorrer prejuízo à qualidade de vida do usuário ou, até mesmo, retardo na sua evolução clínica.

A dor é caracterizada de acordo com sua duração, localização e etiologia. É classificada em três categorias básicas: dor aguda, dor crônica (persistente, não maligna) e dor relacionada ao câncer. A dor crônica é considerada constante ou intermitente e persiste além do tempo de cura esperado e, raramente, pode ser atribuída a uma lesão ou etiologia específica. A dor aguda de início recente é frequentemente associada a um trauma, o que indica a ocorrência de dano ou lesão. A dor associada ao câncer pode ser aguda ou crônica (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, destacam que a ocorrência de dor é a causa principal de 75 a 80% dos usuários que procuram os serviços de saúde. A dor crônica acomete de 30 e 40% dos brasileiros, o que representa a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho (BRASIL, 2002).

O controle da dor deve ser baseado em avaliação cuidadosa com elucidação das possíveis causas e dos efeitos desse sintoma na vida do paciente. É importante investigar fatores psicossociais que possam estar causando dor, bem como seu impacto no bem-estar e qualidade de vida. Para tanto, o Brasil (2003) considera como norma no ambiente dos serviços de saúde a utilização de escalas que mensurem a dor. São utilizadas aquelas validadas internacionalmente, quais sejam: Escala Visual Analógica, Escala Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces.

De acordo com Pedroso e Celich (2006), no processo de internação hospitalar, em especial nas UTIs, a dor é uma experiência presente, tendo em vista os procedimentos instituídos, bem como os aspectos clínicos da clientela internada. Os autores referenciados concordam com o fato de que, embora a dor seja um sinal presente no cotidiano, ainda existem poucos estudos na Biblioteca Virtual em Saúde, na área da Enfermagem, que abordam a temática. Por conseguinte, a equipe de enfermagem, por conviver e disponibilizar mais tempo com o paciente de UTI, deve, fundamentalmente, conhecer e identificar os sinais de dor para, assim, instituir a melhor conduta de cuidado.

A equipe de enfermagem estabelece uma relação com o paciente, na qual consegue elaborar diagnósticos e prescrições de enfermagem por meio dos sinais e sintomas que ele apresenta durante o processo de internação, como: taquicardia, aumento da pressão arterial, agitação, sudorese, entre outros. Com essa avaliação, é possível criar condutas que podem minimizar os sintomas álgicos e proporcionar um cuidado sistêmico com possibilidade de diminuir a dor momentânea e colaborar para evitar a recidiva de sintomas álgicos no futuro.

Com base no exposto, emerge como questão norteadora para este estudo a seguinte questão: O que tem sido produzido acerca dos sinais de dor nos clientes internados em UTI? Como a enfermagem avalia esses sinais e sintomas neste ambiente?

A dor, por ser caracterizada como um fenômeno multidimensional e de cunho subjetivo, pode afetar os seres humanos em diferentes etapas de seu ciclo vital e de diversas maneiras. Assim, quando se aborda a men-

suração desse quinto sinal vital, em especial nas UTIs, oportuniza-se um cuidado de enfermagem sistêmico dentro dos princípios da inter-relação e dinamicidade. Nesse enfoque, justifica-se a relevância deste estudo, pois, por meio dos dados investigados, ele poderá contribuir para uma avaliação mais específica e fidedigna no ambiente de terapia intensiva acerca dos sintomas algícos. Além disso, poderá subsidiar outros trabalhos semelhantes a este em diferentes ambientes de cuidado.

Diante do exposto, objetiva-se identificar a produção científica brasileira de Enfermagem sobre sinais e sintomas de dor nos clientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e descrever a avaliação de enfermagem nesse contexto.

## **METODOLOGIA**

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura. A busca bibliográfica foi realizada na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES).

A busca ocorreu de setembro a dezembro de 2012, a partir das palavras “Dor”, “Centros de Terapia Intensiva” e “Enfermagem”, e a delimitação temporal foi do ano de 2003 a 2013, por ser este um período de maior incidência de artigos com temáticas relacionadas à dor em Terapia Intensiva e pelo elevado índice de pacientes que internam em UTIs, por diferentes motivos, entre os quais as doenças crônicas.

Os critérios de inclusão foram: formato de artigo, disponibilidade de texto completo em meio eletrônico, de acesso gratuito, disponível *on-line*, publicação em periódicos nacionais e internacionais de autoria de enfermeiros brasileiros, no idioma português. Como critérios de exclusão, citam-se: teses, capítulos de teses, dissertações, capítulos de dissertações, monografias, livros, capítulos de livros, anais de congressos e/ou conferências, relatórios técnicos e científicos, além de documentos

ministeriais, artigos em outros idiomas, que não o português, com acesso pago e indisponíveis *on-line*.

Em relação ao mapeamento das produções científicas, foi utilizada uma ficha documental com as seguintes variáveis: título do estudo, autor, fonte, ano, escala da dor/sinais e sintomas e metodologia de acordo com os referenciais dos artigos. Por meio da busca dos artigos, foram encontrados, com a utilização dos descritores elencados, 112 artigos. Destes, foram excluídos 104, por não contemplarem os critérios de inclusão. Assim, oito artigos científicos compuseram a amostra desta revisão narrativa.

A análise dos artigos foi realizada por meio da análise de conteúdo, que consta de três etapas, de acordo com Minayo (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A leitura dos artigos na íntegra possibilitou a transcrição de trechos considerados significativos de acordo com a temática exposta. Após esse procedimento, foram criadas categorias em relação aos autores e análise sintética dos textos no intuito de observar a divergência e a convergência dessas categorias.

Os artigos foram identificados com um conjunto de letras e números que vai de A1 até A8.

## **RESULTADOS**

Pode-se observar, pelos resultados do quadro 1, que, dos oito artigos encontrados, o método quali-quantitativo e do tipo quantitativo prevaleceram. Em relação ao ano de publicação, em 2003 foi publicado um artigo; 2006, dois; 2008, dois; 2009, um artigo e 2010, dois artigos científicos. Aqueles que compuseram o corpus da amostra foram categorizados de acordo com os sinais e sintomas abordados e a aplicação da escala da dor. A descrição dos achados da pesquisa pode ser visualizada no quadro a seguir.

**Quadro 1** - Descrição das publicações de referência de código, título da publicação, autor, fonte de publicação, ano de publicação, tipo de artigo e metodologia de estudo.

Cód.	Título do Estudo	Autor	Fonte	Ano	Escala da dor/ Sinais e Sintomas	Método
1	Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção Arterial	SILVA, T. M.; CHAVES, E. M. C; CARDOSO, V. L. M. L.	Escola Anna Nery Revista Enfermagem	2009	Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS) desenvolvida por GRUNAU e CAIG, Premature Infant Pain Profile (PIPP).	Quantitativo
2	Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de Enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica	LEMOS, S.; MIGUEL, E. A.	Ciência, Cuidado e Saúde	2008	Sinais e Sintomas fisiológicos e comportamentais.	Quantitativo
3	Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde	NEVES, F. A. M.; CORRÊA, C. D. A. M.	Ciência Cuidado e Saúde	2008	Sinais e Sintomas fisiológicos e comportamentais.	Qualitativa

4	Dimensio- namento da dor durante a instalação do cateter Central de inserção periférica em neonatos	COSTA, C.; CAMAR- GO, P. P.; KIMURA, M. B. A. F.	Acta Paul Enferm	2010	Premature Infant Pain Profile (PIPP).	Exploratório
5	Dor no recém- -nascido: percepções da equipe de enfermagem	PULTER, M. E.; MA- DUREIRA, V. S. F.	Ciência, Cuidado e Saúde	2003	Sinais e Sintomas fisiológicos e comportamentais.	Quanti- -qualitativo
6	Os enfer- meiros da unidade neo- natal frente ao recém-nasci- do com dor	PRESBY- TERO, R.; COSTA, M. L. V.; SANTOS, R. C. S.	Rev. Rene. Fortaleza	2010	Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS) desenvolvida por GRUNAU e CAIG, Premature Infant Pain Profile (PIPP), (NAPS) Neonatal Pain Assesment Scale foi desenvolvida a partir da escala ATTIA, (CRIES) Escore para avaliação de dor pós-operatória do Recém- Nascido.	Quantitativa

7	Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em Enfermagem	PEDRO-SO, R. A.; CELICH, K. L. S.	Texto Contexto Enfermagem Florianópolis	2006	(EVN) Escala Visual Numérica, (EVA) Escala Visual Analógica.	Quantitativa
8	Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo	SOUSA, B. B. B.; SANTOS, M. H.; SOUSA, F. G. M.; GONÇALVES, A. P. G.; PAIVA, S. S.	Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis	2006	Sinais e Sintomas de dor.	Descritivo

Assim, destacam-se quatro artigos que enfatizaram a utilização da escala da dor, e quatro que descreveram sinais e sintomas de dor. Dos artigos que enfatizaram a escala da dor, citam-se os que apresentaram como contexto de pesquisa a UTI Neonatal (UTN) que abordaram as escalas: Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS), desenvolvida por Grunau e Caig; Premature Infant Pain Profile (PIPP); Escala Visual Numérica (EVN); Escala Visual Analógica (EVA); Neonatal Pain Assessment Scale (NAPS), desenvolvida a partir da escala ATTIA; Escore para avaliação de dor pós-operatória do Recém-nascido (CRIES). Por outro lado, quatro artigos científicos enfatizaram sinais e sintomas, cujos estudos estão relacionados às UTIs Pediátrica e Neonatal.

Em relação aos sinais e sintomas de dor no ambiente de Terapia Intensiva, encontraram-se os seguintes: fisiológicos, com destaque para a taquicardia, hipertensão arterial, taquipneia, sudorese, liberação de cortisol, redução da saturação de oxigênio, apneia, cianose e tremores, entre outras sintomatologias. Também foram descritas manifestações comportamentais, como choro, agitação, irritabilidade, expressão facial e alterações do sono.

## DISCUSSÃO

A dor é considerada uma experiência de caráter individual e, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), é uma das principais causas de sofrimento humano e provoca incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que gera um grande problema de saúde pública. Frequentemente, podem ocorrer dificuldades na sua avaliação qualitativa, bem como na mensuração quantitativa (LIRA; CARVALHO, 2013).

Souza (2002) relata que a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital e, para auxiliar na sua compreensão e avaliação, deve ser avaliada junto aos outros sinais vitais do cliente, ou seja, temperatura, respiração, frequência cardíaca e pressão arterial.

Lira e Carvalho (2013) enfatizam que o processo da avaliação e mensuração da dor deve ser eficaz. Nesse sentido, ao questionar o cliente em momentos álgicos, o profissional enfermeiro precisa levar em consideração, por exemplo, a diferença de idade e gênero. Nesse contexto, o hábito da observação sistêmica, uma exigência quase universal, tem como objetivo compreender, por meio de gestos e expressões manifestadas pelo paciente, a intensidade da dor. Essas manifestações, apesar de apresentarem uma linguagem não verbal, são de suma importância no diagnóstico de enfermagem, pois oportunizam uma assistência individualizada, humanizada, crítica e completa/integral.

A dor é caracterizada também de acordo com a sua localização, cujo parâmetro auxilia no seu tratamento. Pode ser ainda categorizada de acordo com sua etiologia, e isso, com frequência, é utilizado na área médica no intuito de tratar os episódios de recorrência (PEREIRA; SOUSA, 2002; BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Segundo Bottega e Fontana (2010), cabe ao enfermeiro avaliar o nível de dor do cliente por meio da investigação dos fatores que podem estar desencadeando desconforto e, conseqüentemente, a dor. A avaliação dos antecedentes pessoais e familiares colabora para promover uma análise

mais fidedigna e um diagnóstico mais preciso, bem como para constatar se a analgesia está sendo eficaz. Assim, é possível promover uma melhor qualidade de vida ao cliente. E, para que esta investigação seja facilitada, existem instrumentos que mensuram de forma quantitativa e, muitas vezes, qualitativa, a dor, ou seja, as escalas de dor.

Em relação às escalas da dor utilizadas na pesquisa em estudo, citam-se: Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS) desenvolvida por GRUNAU e CAIG, Premature Infant Pain Profile (PIPP), Escala Visual Numérica (EVN), Escala Visual Analógica (EVA), Neonatal Pain Assessment Scale (NAPS), desenvolvida a partir da escala ATTIA, Escore para avaliação de dor pós-operatória do Recém-Nascido (CRIES).

Nesse viés, ao abordar a escala PIPP, nos artigos A1, A2 e A3, é enfatizada a importância dessa escala no perfil da prematuridade infantil. O A1 destaca que a escala é considerada multidimensional, composta por três dimensões: fisiológica, comportamental e contextual. Avaliada por valores de zero a três, totalizando 18 a 21 pontos, essa escala pode variar devido à idade gestacional do neonato. A pontuação total ou inferior a seis indica ausência de dor e maior que 12 indica dor moderada ou intensa. Essa escala é utilizada em procedimentos como a instalação de cateter central de inserção periférica. Em contrapartida, A3 enfatiza a importância da escala PIPP, porém seu estudo destacou que apenas 7% dos enfermeiros a utilizam como parâmetro para avaliação da dor em recém-nascidos (RN).

Segundo Batalha, Santos e Guimarães (2005), a escala PIPP necessita de mais estudos para verificar sua utilidade e veracidade em prematuros com doenças graves, em ventilação mecânica e submetidos a procedimentos dolorosos que podem vir a alterar a expressão de dor. Os mesmos autores ressaltam que essa escala possui algumas dificuldades na utilização, pois apresenta muitos indicadores, e sua interpretação pode dificultar a utilização rotineira. Embora seja complexa, morosa de aplicar e de difícil interpretação, a escala PIPP é uma das mais estudadas e validadas. A escala necessita de equipamentos para avaliar a saturação de oxigênio, por exemplo, sendo, portanto, mais útil para investigação dolorosa.

Em contrapartida, Silva e Silva (2010) expõem que a escala PIPP serviu como fonte de validação de outras escalas da dor aguda e crônica em RNs a termo e pré-termo, sugerindo que a sua utilização em processos de investigação colabora com medidas comportamentais e fisiológicas. É considerada uma escala complexa e que exige observação do RN por, no mínimo, 45 segundos, caracterizando-se como pouco prática na rotina clínica das UTIs, mas fundamentalmente útil.

Outra escala citada pelos sujeitos do estudo foi a escala NIPS, que, de acordo com A2 e A3, é aplicada em todo RN internado em UTIN. É composta por seis indicadores de dor, sendo cinco comportamentais e um fisiológico, cuja pontuação é de zero a sete pontos, em que o valor maior que três indica a necessidade de dose de analgésico. O A3 avalia aspectos como expressão facial, choro, respiração, posição dos braços e pernas, além do estado de consciência.

Em um estudo de avaliação de dor no RN prematuro, desenvolvido por Nicolau et al. (2008), a presença de dor na população de UTI RN foi avaliada por meio da escala NIPS, antes, logo após e 5 minutos depois da aspiração endotraqueal. Foi relatado que os pacientes apresentavam um valor de NIPS aumentado logo após a aspiração. Esse aumento estava relacionado, principalmente, às variações fisiológicas, em especial, às alterações nas frequências cardíaca e respiratória.

Marins (2010) investigou o conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca das principais escalas da dor utilizadas em RNs, e a escala NIPS foi salientada como a mais conhecida nesse grupo de profissionais.

Por sua vez, A3 aborda, ainda, a escala NPAS, que foi desenvolvida a partir da Escala ATTIA, sendo a primeira modificada para o período neonatal. Essa escala destaca a avaliação do choro, expressão facial, tônus, consolabilidade, frequência cardíaca, pressão arterial, respiração e saturação de oxigênio. A3 aponta outra escala, igualmente de grande valor, denominada CRIES, a qual avalia choro, frequência inspiratória de oxigênio necessária para manter a saturação maior que 95%, frequência cardíaca e/ou pressão arterial comparada ao pré-operatório, expressão facial e sono.

A partir dos dados encontrados por A3, percebe-se que a escala NPAS tem aplicabilidade restrita, possivelmente por aferir parâmetros fisiológicos já aferidos por outras escalas e não relacioná-los com os parâmetros comportamentais.

No que se refere à CRIES, estudo realizado por Crescêncio, Zanelato e Leventhal (2009) demonstrou, na prática clínica, que o uso dessa escala mostra maior eficácia na identificação precoce e posterior manejo da dor no pós-operatório de RNs, o que torna a avaliação da dor válida nesses pacientes, porém não é possível ser aplicada em pacientes entubados.

Os artigos A3 e A2 descrevem uma escala denominada NFCS, que avalia a ausência ou presença de dor por observação de oito movimentos faciais: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, boca aberta, boca estirada (horizontal e vertical), língua tensa, protrusão da língua e tremor de queixo.

Em uma revisão sistemática, realizada por Silva e Silva (2010), foram estudadas algumas escalas. Essa revisão demonstrou que as escalas NFCS e PIPP satisfazem os critérios para dor aguda e prolongada, tanto para recém-nascidos pré-termo quanto a termo. As escalas demonstraram que existe homogeneidade em relação à pontuação, tendo em vista que ambas foram utilizadas na prática clínica. Os autores ainda enfatizaram que elas apresentam vantagens, pois incluem as medidas comportamentais, o que as torna, para este parâmetro, mais efetivas.

As últimas escalas encontradas para avaliação da dor nos artigos elencados foram destacadas por A4: EVN e EVA. A EVN é graduada de zero a dez, em que zero é destacado como ausência de dor e dez a pior dor imaginável. Em contrapartida, a EVA é um instrumento simples, sensível e reproduzível e permite a análise contínua da dor.

Ciena et al. (2008), em estudo com dois grupos de pacientes idosos e adultos jovens, optaram em aplicar a escala EVA e EVN nos dois grupos estudados. Os resultados apontaram um nível de concordância significativa entre as duas escalas. Nesse sentido, a EVA caracteriza-se por uma linha horizontal assinalada em uma das extremidades com a classificação sem dor e, na outra, dor máxima. Já a EVN consiste em uma

régua dividida em onze partes de zero a dez, em que zero indica ausência de dor e dez, máxima dor.

Os sintomas e sinais de dor foram abordados por quatro artigos. A5 aborda, em seu estudo com profissionais da enfermagem, que a dor era identificada por meio do choro. Acredita-se que o choro está relacionado com fatores comportamentais e pode ser um elemento positivo ou negativo. Porém, há muito tempo, o choro foi conceituado como elemento negativo, tendo em vista que fatores culturais contribuem para essa conclusão.

De acordo com Branco, Fekete e Rugulo (2006), para obter reconhecimento e tratamento eficaz para um RN e, especialmente, nos que não estão gravemente enfermos, mas estão suscetíveis a procedimentos dolorosos, os quais podem expressar o sentimento de dor por meio do choro, as escalas podem ser meios fáceis para investigação.

Segundo o A6, os sinais e sintomas dolorosos no RN podem ser percebidos por alterações fisiológicas, como alteração da frequência cardíaca, respiratória, saturação de oxigênio, entre outras. Também pode ser comportamental, o que consiste na observação de reações como choro, agitação e irritabilidade.

Para Crescêncio, Zanelato e Leventhal (2009), os profissionais da equipe de enfermagem percebem a presença de dor no recém-nascido por meio de alterações nos parâmetros fisiológicos, como frequência respiratória, frequência cardíaca, temperatura corpórea e saturação de oxigênio. As alterações comportamentais, como expressão facial, choro, flexão de membros, agitação e irritabilidade, são igualmente consideradas.

A7 destaca que 92,29% dos entrevistados acreditam na importância da avaliação e do tratamento da dor dentro da UTIP. Nesse artigo, apenas dois participantes responderam não ser importante a avaliação da dor. Outro dado elencado pelos sujeitos trata do treinamento da equipe de enfermagem para avaliar a dor em pediatria, uma vez que esse treinamento ainda permanece limitado.

Destaca-se que a dor se encontra presente no dia a dia do contexto da enfermagem, como enfatizam Silva e Kochla (2009), os quais

ainda apontam que a avaliação do quinto sinal vital configura-se como uma tarefa complexa, que exige conhecimento, atenção e veracidade.

A equipe de enfermagem, por estar 24 horas presente e cuidando de pacientes com as mais diversas patologias e sintomatologias, dispõe dos profissionais que mais têm condições de avaliar a dor e, portanto, devem incorporar esta prática como norteadora do cuidado, em que a escala da dor passa a ser uma forte aliada para a qualidade da assistência. Assim, pela prática vivenciada, percebe-se a importância do trabalho desses profissionais, tendo em vista que uma avaliação minuciosa da dor pode colaborar não somente na qualidade do atendimento, mas também na precisão clínica da assistência.

De acordo com A8, 25% das enfermeiras referem ter conhecimento sobre algum tipo de escala para avaliação da dor. Sobre o questionamento de características sobre dor, 95,7% citaram alterações comportamentais, sendo a mais citada o choro, com 73,9%.

Nicolau et al. (2008) apontam que, entre as alterações comportamentais na avaliação da dor, a mímica facial do RN é sensível e útil na prática clínica diária. Além disso, esse estudo permitiu verificar a especificidade e sensibilidade de variáveis fisiológicas e comportamentais como instrumentos fidedignos na avaliação da dor aguda em RNs.

Concorda-se com os autores supracitados e destaca-se a importância do conhecimento do enfermeiro sobre a avaliação do quinto sinal vital, tendo em vista que este parâmetro, quando bem avaliado, torna-se um imperativo para a qualidade de vida dos sujeitos atendidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da coleta e análise dos dados, o estudo apresentou as principais escalas da dor aplicadas na prática clínica, bem como os sinais e sintomas de dor frequentemente avaliados pela equipe de enfermagem.

Percebeu-se a escassez de literatura e publicações sobre a avaliação da dor em adultos internados em UTI, pois os artigos investigados e refinados, conforme o método descrito, demonstram somente escalas

direcionadas à UTI neonatal e pediátrica, bem como a avaliação da dor pela enfermagem nesse ambiente.

Por conseguinte, salienta-se a importância da avaliação da dor em UTIs, bem como os aspectos que direcionam a esta influência, emergindo, portanto, a necessidade de mais estudos neste campo, principalmente em UTIs para adultos, onde a experiência dolorosa é muito desagradável e modifica aspectos comportamentais e fisiológicos, além de alterar a qualidade de vida dos pacientes internados.

Nesse contexto, ressalta-se que a complexidade dos procedimentos, cuidados e avaliações clínicas na terapia intensiva suscita a avaliação criteriosa da dor e o conhecimento, por parte da equipe de enfermagem, quanto a este aspecto. Assim, é possível a otimização da assistência, em que as escalas de dor são um forte aliado na prática diária desses profissionais.

## REFERÊNCIAS

BATALHA, L.; SANTOS, L. A.; GUIMARÃES, H. Avaliação da dor no Período Neonatal. **Pediátr. Port.**, v. 36, n. 4, p. 201-207, 2005.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R.T. A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-290, abr./jun. 2010.

BRANCO, A.; FEKETE, S. M. W.; RUGOLO, L. M. S. S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Rev. Paul Pediatría**, v. 24, n. 3, p. 270-274, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ato Portaria n. 19/GM de 03 de janeiro de 2002. Brasília, 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 31 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Dor como 5º sinal vital**. Registo sistemático da intensidade da dor. Direção Geral de Saúde - Circular Normativa n. 09/ dg 14/06/2003. Brasília, 2003.

BRUNNER, L. S.; SUDDAHT, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CIENA, A. P. et al. Influência da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201-212, jul./dez. 2008.

CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**, v. 11, n. 1, p. 64 -69, 2009

LIRA, M. O. S. C.; CARVALHO, M. F. A. A. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. **Rev. Rene**, v. 14, n. 1, p. 71-81, 2013.

MARINS, G. L. H. **Escalas de avaliação da dor no recém-nascido hospitalizado utilizados no Brasil**. Revisão integrativa. 2010. Trabalho final de graduação (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NICOLAU, C. M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Ciência da Saúde**, v. 3, p. 146-150, 2008.

PEDROSO, R. A.; CELICH, K. L. S. Dor: Quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, abr./jun. 2006.

PEREIRA, L.V.; SOUSA, F. A. E. M. Considerações gerais sobre a experiência dolorosa. In: CINTRA, Eliane, A.; NISHIDE, Vera, M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SILVA, K. C.; KOCHLA, K. R. A. Avaliação da dor: uma dificuldade para a equipe de enfermagem. **Boletim de enfermagem**, ano 3, v. 2, 2009.

SILVA, T. P.; SILVA, L. J. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. Revisão Sistemática. **Acta Med Port.**, v. 23, n. 3, p. 437-454, 2010.

SOUZA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 446-447, maio/jun. 2002.



# ENFERMAGEM E O (AUTO) CUIDADO DE SI EM UTI

---

Nidiane Nascimento de Oliveira  
Grassele Denardini Facin Diefenbach  
Carla Kowalski Marzari  
Dirce Stein Backes  
Rosiane Filipin Rangel

## RESUMO

Com este estudo, objetivou-se conhecer como os enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva promovem o autocuidado. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiros que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte, localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados baseou-se na técnica de entrevista semiestruturada, no período de março a dezembro de 2011. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática. Assim, emergiram três temáticas: UTI e seus significados; Significando o autocuidado na ótica de enfermeiros da UTI; Influência do autocuidado no ser e fazer profissional. Os resultados evidenciam que o autocuidado por parte do próprio cuidador tem sido pouco valorizado pelos profissionais da saúde. Os enfermeiros não promovem o autocuidado de si com a mesma preocupação com que cuidam do outro. É necessário que os profissionais de enfermagem sejam incentivados e orientados a se perceberem como ferramenta importante junto aos serviços de saúde, e o cuidado e a atenção dispensados ao outro devem ser equivalentes ao cuidado que os enfermeiros devem ter com eles mesmos.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva. Autocuidado. Teoria de Enfermagem. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destina-se ao tratamento e cuidado de pacientes que necessitam constantemente de observação, assistência médica e de enfermagem. Esse é um ambiente complexo, em que a atenção deve ser contínua, e que pode, a qualquer momento, desordenar um ou mais sistemas orgânicos do paciente, o que agrava o quadro clínico e ameaça sua vida.

Nesse contexto, no entanto, o cuidado - prerrogativa do trabalho do enfermeiro - pode causar-lhe sofrimentos físicos e psicológicos, o que afeta a forma de cuidar. Torna-se, pois, relevante que o enfermeiro compreenda a importância de promover seu autocuidado, para estar apto a cuidar do próximo. Embora estigmatizados como pessoas que se doam aos outros, que “vivem” para deles cuidar, não podem negligenciar uma relação saudável consigo, para o bom desempenho de seu trabalho (SILVA et al., 2009).

Compreende-se que, para cuidar do outro, é necessário, primeiramente, demonstrar que podem conduzir a si mesmos, que conhecem os limites de sua prática e respeitar o outro como alguém diferente de si próprio. Diante desse contexto, é importante ressaltar a Teoria de Enfermagem do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, que possibilita aos indivíduos tomarem iniciativas, além de empenharem-se efetivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Nesse viés, a teoria vem ao encontro das necessidades elencadas e que dão identidade ao profissional. É também uma estruturação de ideias criativa e rigorosa que busca uma solução e uma visão sistemática dos acontecimentos (GEORGE et al., 2000).

Assim, objetiva-se conhecer como os enfermeiros, que atuam em Unidade de Terapia Intensiva, promovem o autocuidado de si.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI),

de um hospital de médio porte, localizado na cidade de Santa Maria, RS. Como participantes, foram convidados os profissionais enfermeiros, atuantes na referida unidade, sendo este o critério de inclusão, e excluídos aqueles que não aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que estivessem em férias, laudos, atestados ou afastados. Assim, o estudo foi constituído por cinco profissionais de enfermagem, dos quais quatro eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades de 22 a 42 anos. Destes, apenas um enfermeiro não tem especialização.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de março a dezembro de 2011, levando em consideração o critério de saturação das informações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A entrevista contemplou, inicialmente, um questionário sobre as características socioprofissionais dos enfermeiros e, em seguida, questões abertas sobre o conhecimento da teoria do autocuidado, o significado do autocuidado em UTI e de si enquanto profissional da saúde. As entrevistas, que ocorreram de forma individual, foram previamente agendadas. As falas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise das informações. O anonimato dos participantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos para identificação dos seus depoimentos.

As informações foram interpretadas e analisadas conforme referencial da Análise Temática, proposta por Minayo (2008), que estabelece três fases: A pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Nessa fase, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A exploração do material, que consiste em uma operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto (categorizar), baseia-se em um processo de redução de texto, considerada uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias, *a priori*, leve a uma abordagem densa e rica. No tratamento dos resultados obtidos e na interpretação, em que os resultados brutos são submetidos a

operações estatísticas, que permitem colocar em relevo as informações obtidas, ocorrem inferências e interpretações por parte do pesquisador.

Assim, foram constituídos três grandes temas: UTI e seus significados, Significando o autocuidado na ótica de enfermeiros da UTI, Influência do autocuidado no ser e fazer profissional.

O estudo está em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece normas e diretrizes à conduta de pesquisas que envolvem seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o protocolo nº 149.2011.2. Assim, foram validadas a proposta de estudo e a divulgação das informações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### UTI e seus significados

Historicamente, as UTIs eram consideradas como importante causa de estresse para os pacientes e seus familiares. Atualmente, tem-se constatado que esse ambiente também é estressante para a equipe profissional. Entende-se que esses fatores ocorrem, principalmente, por se tratar de um ambiente fechado, com condições e ritmos de trabalho extenuantes, rotinas exigentes, que envolvem decisões frequentes e difíceis, além do convívio com sofrimento e morte, imprevisibilidade e carga horária de trabalho excessiva (BARROS et al., 2008).

Os entrevistados ressaltam que, apesar de a UTI apresentar essas características, sentem-se prestigiados por atuarem nesse espaço, uma vez que se demonstra uma forma autêntica no cuidar.

*[...] eu prefiro UTI do que uma unidade porque eu gosto do crítico, eu gosto da urgência, gosto da emergência. Por isso que eu gosto de UTI. (Enf. 1)*

*[...] é bem complicado né porque tu tem que ter muita visão, muita atenção, tem que estar sempre bem atento a tudo que está acontecendo com o paciente [...]. (Enf. 2)*

O prazer no trabalho ocorre quando é permitido ao profissional desenvolver suas potencialidades, liberdade de criação e de expressão, favorecer os laços cognitivo-técnicos com o resultado das atividades realizadas, promover a satisfação do trabalhador por meio da conscientização da importância de seu papel para organização em que trabalha e também para a sociedade em que vive (GOMES; LUNARDI; ERDMANN, 2006).

Os cuidados aos pacientes gravemente enfermos exigem dos enfermeiros rapidez na tomada de decisão, responsabilidade na priorização das ações, resoluções de problemas, contínua reorganização das atividades devido a interrupções frequentes, gestão de grande e variável número de informações em decorrência das possíveis intercorrências.

Na maioria das vezes, os enfermeiros se sentem privilegiados por trabalhar em setor considerado um dos mais importantes do hospital, por ser especializado e utilizar recursos tecnológicos avançados para tratar dos pacientes no limiar entre a vida e a morte. Isso geralmente lhes proporciona *status*, que gera sentimentos de orgulho, de satisfação, bem-estar e prazer (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011).

*[...] tu vê o quanto tu gosta da enfermagem, o quanto tu gosta de trabalhar, é um plantão pesado, mas mesmo assim a gente não deixa de fazer nada, todos os pacientes são alternados, todas as funções são feitas [...]. (Enf. 5)*

Além de privilegiado, o enfermeiro, em alguns casos, sente-se soberano pelo cuidado prestado ao paciente, principalmente quando a pessoa internada se encontra com quadro instável ou, até mesmo, inconsciente. Isso pode ser observado nas falas que seguem:

*[...] paciente crítico tu tem que visualiza, e ele não vai te fala se ele está com dor ou se está com algum problema [...]. Tem que ter mais responsabilidade. (Enf. 3)*

*Exige maior atenção e cuidados, porém, é muito satisfatório ver a recuperação diária e as melhoras apresentadas. (Enf. 4)*

A evolução da situação do paciente é gratificante para o enfermeiro, e é vista como o reflexo do seu saber e cuidar em Enfermagem. É a realização e a satisfação a partir de um cuidado autêntico.

*O paciente crítico, tu vê a evolução dele diariamente, gradativamente, tu vê como que ele evolui a cada dia e o pouco que ele evolui, como aquilo é positivo. (Enf. 5)*

Diante disso, cuidar, na UTI, revela-se pelo perfil dos enfermeiros que têm como característica o prazer pelo que fazem.

### **Significando o autocuidado na ótica de enfermeiros da UTI**

Desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, a Teoria do Autocuidado permite que indivíduos, família e comunidade sejam responsáveis pelo desenvolvimento do seu próprio caminho e, por conseguinte, melhorias na sua qualidade de vida, saúde e bem-estar. Portanto, o enfermeiro deve reconhecer que sua prática necessita ser baseada em conhecimento científico, de maneira que o cuidado possibilite a melhoria da saúde individual e da comunidade. A construção das teorias na enfermagem procura relacionar fatos e, assim, formar uma base científica e abandonar o fazer empírico (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Desse modo, a teoria de Orem tem como ideia central o autocuidado. É bastante utilizada e divulgada, porém, quando questionados sobre essa teoria, a resposta dos participantes da pesquisa, na sua maioria, foi de desconhecimento, como mostram as falas que seguem:

*Essa aí eu não entendo nada. Nunca li nada a respeito sobre a Teoria de Orem. (Enf. 2)*

*Lembro que eu vi isso. Eu me lembro que eu li alguma coisa, eu não me recordo pra te dizer, mas eu sei que eu já ouvi falar dessa Teoria de Orem, mas eu não lembro pra te dizer. (Enf. 3)*

O autocuidado é a apreensão das reais necessidades de saúde individuais, capaz de sustentar e garantir a finalidade da vida. É uma maneira de agir para si, aprendendo consigo e com o outro. É, ainda, considerado como a prática de ações que os indivíduos executam por si mesmos para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (LANDIM; MILOMENS; DIÓGENES, 2008).

Porém, o autocuidado só é valorizado e/ou compreendido como essencial para o ser humano a partir do momento em que as pessoas tomam consciência da importância de conhecer a si mesmas, do seu direito de viver e do estilo de vida que têm. Logo, é comum, quando se encontra aparentemente bem e saudável, não dar a devida importância ao constante exercício de se autocuidar (SILVA et al., 2009).

O cotidiano dos profissionais de enfermagem é percebido como exaustivo devido às responsabilidades particulares e profissionais que comprometem o descanso, o repouso e o sono, o que dificulta o autocuidado, como mostram as falas a seguir:

*[...]às vezes tu já chega aqui debaixo do mau tempo, que tu não tem tempo nem de tomar um cafezinho, porque o autocuidado seria na tua alimentação, dar uma respirada, dar uma relaxada, fazer uma ginástica laboral, então tu não tem como promover esse autocuidado. (Enf. 2)*

*[...] muitas vezes tu te dá mais pra profissão que tu não tem um cuidado como tu deveria ter contigo mesmo [...]. (Enf. 5)*

Tantas necessidades, por sua vez, são fundamentais no autocuidado do trabalhador, para que possa satisfazer às exigências da sua função e da sua vida. Nessa perspectiva, ter um corpo descansado garante ao profissional de enfermagem as condições físicas necessárias para desempenhar bem suas atividades profissionais e satisfazer às exigências do trabalho e da sobrevivência. Porém, muitas vezes, o autocuidado é promovido apenas após a jornada de trabalho, como se observa a seguir:

*Eu acho que a gente promove um pouco de autocuidado só quando tu sai daqui que tu vai pra casa, que tu te cuida um pouco. [...] mas aqui dentro, aqui no setor não tem como tu promover o teu autocuidado [...]. (Enf. 2)*

Para o autocuidado, o profissional de enfermagem precisa adaptar o tempo e priorizar atividades para buscar um equilíbrio entre o tempo dispensado à vida profissional e à vida pessoal, pois é a partir da compreensão dos próprios limites que o trabalhador conquista tempo para si mesmo (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

O cuidado em si pode ter diversos significados devido à inter-relação entre a solicitude e a atitude de atenção com o ser cuidado. O envolvimento é grande quando se preocupa com o outro, mas o cuidado de si não pode ficar de fora deste contexto.

### **Influência do autocuidado no ser e fazer profissional**

A promoção do autocuidado está associada a fatores sociais, ambientais e culturais, além dos cuidados apreendidos como necessários para os profissionais de enfermagem durante a formação profissional. O autocuidado é uma necessidade de toda pessoa humana. Quando não se mantém, ocorre déficit de autocuidado, o que pode ocasionar doenças ou, até mesmo, a morte.

Dessa forma, os profissionais de enfermagem aprofundam seus conhecimentos a respeito do cuidado para prestar uma assistência adequada ao ser que necessita de um cuidado profissional com fundamentação teórica e prática (GASPERI; RADÜNZ, 2006). É comum preocuparem-se com o bem-estar do outro e esquecerem-se do cuidado de si, como pode ser percebido na fala seguinte:

*[...] às vezes a gente acaba cuidando mais dos outros do que cuidando da gente, às vezes eu não cuido de repente, deixo de me proteger na urgência, pra tá priorizando o paciente e acabo me prejudicando [...]. (Enf. 1)*

Com formação voltada ao cuidado do outro, o profissional de enfermagem não considera o cuidado de si com a mesma preocupação (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007). Os depoimentos a seguir demonstram isso:

*[...] eu acho que a gente se preocupa muito mais com a saúde dos pacientes do que com a da gente. A gente não para pra pensar na gente, não para pra pensar na nossa saúde [...]. (Enf. 2)*

*[...] tem gente que cuida mais dos outros do que de si próprio. (Enf. 3)*

Os enfermeiros que participaram do estudo enfatizaram que, mesmo cuidando do outro, é possível exercer o autocuidado. O profissional orienta o ser que está sob seus cuidados, fundamentado em seus conhecimentos em enfermagem, porém, percebe que tais conhecimentos sobre o cuidado não são colocados em prática para si, enquanto cuidador, como se percebe a seguir:

*A gente nota que por partes a gente deixa de lado um pouco a nossa saúde pra cuidar dos pacientes. E depois então a gente nota que isso é desvantajoso, mas por parte é gratificante. (Enf. 5)*

*[...] se não estivermos bem, não vamos conseguir promover um bom cuidado aos pacientes. (Enf. 4)*

O processo de cuidar do paciente crítico envolve encontro entre os sujeitos - quem cuida e quem é cuidado. Em função de sua dinamicidade e complexidade, demanda escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, orienta as tomadas de decisões dos trabalhadores, o que possibilita, de certa maneira, a superação da fragmentação do processo de trabalho (SHIMIZU; COUTO, 2011).

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva, embora seja imprescindível, é de pouco reconhecimento pelos demais profissionais da área da saúde e, inclusive, dos

pacientes. Assim, torna-se um cuidado desvalorizado e invisível. Esse fato fica evidenciado quando os participantes expressaram a falta de reconhecimento, composto pelos sentimentos de indignação, injustiça e desvalorização.

*Às vezes a gente não é elogiado, não tem motivação, que eu acho que a gente precisaria, deveria ter [...]. O que falta é um pouco de motivação que acaba frustrando a gente, o reconhecimento por parte das chefias, eu acho que é uma coisa que deixa a gente bem desmotivado. (Enf. 3)*

*[...] a demanda de trabalho eu noto que ela é cansativa, [...] não tanto pela técnica, mas talvez por essa desmotivação sabe? [...] Às vezes a gente se sente um pouco desmotivado por vários fatores [...]. (Enf. 5)*

Na realidade laboral da equipe de enfermagem, ou seja, no ambiente hospitalar, há sobrecarga de trabalho constante, a qual depende da variabilidade e simultaneidade das tarefas e das responsabilidades nos cuidados, além das condições de trabalho (SCHMOELLER et al., 2011).

*[...] a demanda ela é desgastante, mas no momento que tu gosta ela se torna algo gratificante. Compatível com que é a tua realidade. (Enf. 5)*

*[...] tem bastante serviço tem, tem mesmo, mas quando a gente faz o que gosta né, então tu não sente, eu assim, eu não sinto o tempo passar aqui, eu não sinto que tenha muito serviço, claro que às vezes pesa um pouquinho, mas nada que te estresse muito. (Enf. 2)*

Os profissionais que executam suas atividades com prazer certamente assumirão atitudes mais positivas diante da vida de uma maneira geral e, conseqüentemente, poderão contribuir para um atendimento com maior qualidade aos pacientes, além de construir uma sociedade mais saudável no que tange às dimensões do ser humano (MARTINS; ROBAZZI; PLATH, 2007).

O trabalho, além de fonte de rendimentos, se caracteriza como um elemento importante ao ser humano no que se refere à sua relação com o mundo material e à vida psíquica. No ambiente laboral, o profissional de enfermagem se relaciona com diferentes pessoas, em dimensões diversas (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007). Em algumas situações, o trabalho enobrece tanto o ser humano, ao ponto de alguns problemas do cotidiano serem esquecidos durante a jornada de trabalho:

*Eu procuro não trazer muito a vida pessoal pro trabalho. O que acontece lá fora eu tento deixar da porta pra fora [...]. (Enf. 2)*

*[...] muitas vezes tu tem que cuidar do teu paciente que tu acaba esquecendo os teus problemas, o teu lado emocional e psicológico. Ao meu ver, a gente acaba esquecendo quando entra aqui dentro porque tu acaba se envolvendo com os pacientes. (Enf. 3)*

Há profissionais que acreditam ser possível dissociar o trabalho da vida pessoal, de modo que um não prejudique o outro. A vida pessoal, na percepção de alguns, não deve invadir a vida profissional.

*[...] o que tu tem que saber é dividir. [...] se eu tenho problema em casa não interfere aqui, e se eu tenho problema aqui, não interfere em casa. (Enf. 1)*

Porém, apesar dos fatores positivos presentes no processo de trabalho, observa-se que existem sinais de esgotamento nos enfermeiros, certamente por assumirem para si alto grau de responsabilidade no cuidado ao paciente crítico. Para esses profissionais, há dificuldade ou, até mesmo, impossibilidade em dissociar a vida pessoal da profissional, pois o indivíduo está constantemente atento aos aspectos que o circundam.

*Eu acho que a gente não tem um botãozinho que se desliga. [...] tu não tem como separar, tu não tem como sair pra trabalhar e dizer ah [...] agora todos os meus problemas vão ficar em casa. (Enf. 3)*

Muitas vezes, existe a incapacidade de dissociar os problemas pessoais do trabalho, mas não se pode permitir que aspectos pessoais influenciem na qualidade do cuidado. Assim, ressalta-se o autocuidado como forma sublime de cuidar do outro também, fato comprovado nas falas que seguem:

*Com certeza se eu não tiver bem comigo mesma, eu não vou conseguir cuidar do outro [...]. (Enf. 1)*

*Sim, influencia. É muito importante o conhecimento para fazermos o nosso autocuidado, o cuidado dos demais funcionários do plantão e também do paciente. (Enf. 4)*

Porém, isso não deve ser visto como regra, uma vez que se deve lembrar de que nenhum ser humano é igual ao outro, e a falta do autocuidado pode não interferir no cuidado com o outro:

*Eu acho que o autocuidado, ele não influencia. Porque muitas vezes tu não cuida de si, mas tu cuida do outro. [...] (Enf. 3)*

*[...] eu mesma não tenho esse autocuidado comigo, no setor, dentro do trabalho, e não influencia no meu cuidado com os pacientes. [...] eu me dedico a eles, cuido bem deles, pelo menos tento ser uma boa enfermeira e, tentar amenizar um pouco a dor deles ou, tudo que eles precisam. (Enf. 2)*

O cuidado de si não é específico do enfermeiro, todo e qualquer profissional da área de saúde precisa se preocupar consigo para, então, ter condições de cuidar do outro, porém, é o enfermeiro quem mais contato tem com o ser doente ou saudável, quem mais convive com o sofrimento do outro. Assim, ele não pode deixar de cuidar de si, de ter uma relação saudável consigo, pois, só assim, pode se relacionar bem com o outro e cuidar do outro (SILVA et al., 2009). Diante desse contexto, a teoria de Orem se adapta a toda pessoa que necessita de autocuidado. Portanto, pode

perfeitamente ser direcionada para a prevenção de problemas de saúde, sejam oriundos de fatores orgânicos, sejam de fatores profissionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O autocuidado por parte do próprio cuidador tem sido pouco valorizado pelos profissionais da saúde. O cuidar exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo. Evidenciou-se que, para os profissionais de enfermagem, há uma dificuldade ou mesmo uma impossibilidade em dissociar o trabalho da vida pessoal. Dessa forma, se faz necessário que esses profissionais realizem o autocuidado no âmbito pessoal com a mesma responsabilidade com que cuidam do outro. Por outro lado, é preciso reconhecer os próprios limites e fragilidades para saber atuar de forma a não ferir as próprias convicções, anseios e desejos e, conseqüentemente, atingir o exercício pleno da profissão.

Considera-se que abordar o (auto) cuidado é uma reflexão que precisa ser realizada por profissionais que cuidam de pessoas e nem sempre cuidam de si. É importante reconhecer a necessidade de resgatar o cuidado do seu próprio eu para o exercício pleno da profissão e da realização como seres humanos.

Diante disso, considera-se necessário que os profissionais de enfermagem sejam incentivados e orientados a se perceberem como ferramenta importante junto aos serviços de saúde, bem como o cuidado e a atenção dispensados ao outro devem ser equivalentes ao cuidado que os enfermeiros devem ter com eles mesmos. Dotados dessa consciência, serão capazes de valorizar e promover sua saúde e bem-estar e, além disso, desempenharem um trabalho que responda satisfatoriamente às necessidades dos que procuram pelo cuidado.

## REFERÊNCIAS

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO F. M. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 233-241, 2007.

BARROS, D. S. et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à Síndrome de Burnout. **Rev. bras. ter. intensiva**, n. 3, v. 20, p. 235-240, 2008. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/qsxgg9>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 24, n. 3, p. 286-293, dez. 2003.

GASPERI, P.; RADÜNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **REME – Rev. Min. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 82-87, jan./mar. 2006.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-99, jan./mar. 2006.

LANDIM, C. A. P.; MILOMENS, K. M. P.; DIÓGENES, M. A. R. Déficits de autocuidado em clientes com diabetes *mellitus* gestacional: uma contribuição para a enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 374-381, 2008.

MARTINS, J. T.; ROBAZZ, M. L. C. C.; PLATH, G. Satisfação e insatisfação entre auxiliares e técnicos de enfermagem de uma unidade de internação feminina de um hospital escola. **Ciênc Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 33-55, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, auto cuidado y cuidado de sí: una comprensión paradigmática para el cuidado de enfermería. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, maio-jun. 2011.



# QUALIDADE DE VIDA NO PROCESSO DE MORRER: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA UTI

---

Zanandria Meichtry Marques

Karla Cristiane Oliveira Silva

Dirce Stein Backes

Regina Gema Santini Costenaro

## RESUMO

Pouco se discute ainda na área da Enfermagem, acerca da qualidade de vida durante a finitude humana. Assim, com esta pesquisa, objetivou-se conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre qualidade de vida no processo de morrer. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que utilizou entrevista semiestruturada com cinco profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva, cujos dados foram analisados por análise de conteúdo. A qualidade de vida, ao morrer, deve respeitar a dignidade e atender às necessidades do doente. Existem diferenças qualitativas entre morrer no domicílio ou no hospital, e a humanização da morte pela enfermagem é importante. As respostas obtidas neste estudo mostraram que qualidade de vida tem definição multifatorial, relacionada ao bem-estar, porém, quando a abordagem é relacionada à qualidade de vida ao morrer, a definição se refere à fuga da distanásia e dos aparatos tecnológicos que o ambiente hospitalar oferece. Deseja-se, sobretudo, assegurar qualidade de vida na paz dos domicílios dos doentes terminais, por meio do carinho dos familiares, a fim de buscar conforto e alívio da dor, sem prolongar o sofrimento ou abreviar a vida. A presença da família, junto à enfermagem, pode auxiliar a equipe e amenizar o sofrimento do doente, trazendo para o hospital as suas referências pessoais cotidianas. O acompanhamento dos familiares, além de humanizar o cuidado prestado, pode contribuir para a melhora da qualidade de vida durante o morrer.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Enfermagem. Morte. Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados paliativos.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, foram feitos diversos estudos acerca dos cuidados aos doentes sem possibilidades de cura. Nesses estudos, foram destacados os ambientes em que a morte acontece, as tecnologias empregadas para a manutenção da vida e as tentativas de otimizar a assistência durante o processo de finitude humana ou terminalidade da vida.

Nesse viés, muito se tem abordado sobre qualidade de vida, já que esta se relaciona, intimamente, à saúde e ao bem-estar do ser humano. No entanto, pouco se discute, ainda, especialmente na área da Enfermagem, sobre as questões referentes à qualidade de vida de pessoas com limitações importantes, sobretudo no processo de morrer. Mas, havendo vida, deve-se compreendê-la sistemicamente e, inclusive, compreender suas limitações, assegurando, especialmente, qualidade em todas as suas fases: desde o nascer até o morrer.

Com o avanço tecnológico, o poder de intervenção médica desenvolveu-se de maneira crescente sem que ocorresse, respectivamente, uma ponderação decisiva sobre o impacto de uma nova realidade na qualidade de vida dos doentes (MORITZ et al., 2008). Nesse contexto, observa-se que os profissionais de saúde podem transformar, significativamente, a realidade dos doentes terminais, na tentativa de deter o poder entre a vida e a morte. Por consequência, o processo de morrer foi modificado e tem sido controlado por meio da imposição de um aparato tecnológico como meio de conforto, no qual o amparo emocional e familiar é, muitas vezes, esquecido, o que torna a forma de morrer um processo traumático, frio, predominante em ambientes hospitalares e, especialmente, isolado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Nesse contexto, no intuito de impedir a obstinação terapêutica, Moritz et al. (2009) afirmam que os intensivistas comumente vivenciam o dilema de manter ou suspender tratamentos fúteis ou inúteis. Isso ocorre porque os avanços da tecnomedicina melhoraram, de fato, a qualidade de vida de muitos enfermos, visto que há uma grande diversidade de aparelhos que podem postergar a morte. Por conseguinte, lançar mão da

moderna tecnologia de sustentação da vida instiga a discussão de importantes questões concernentes à qualidade de vida no processo de morrer, prolongamento da fase terminal, medidas resolutivas para amenizar a dor e tratar os sintomas, além da manutenção de recursos materiais e humanos adequados (SMELTZER; BARE, 2009).

Para Oliveira, Quintana e Bertolino (2010), pelas vias ético-legais, são os médicos que detêm o conhecimento técnico final para decidir a maioria das intervenções terapêuticas. Isso pode impedir a participação efetiva da equipe multiprofissional e de familiares, embora tanto médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde como familiares demonstrem interesse em dividir a responsabilidade dos ônus e bônus na tomada de decisões na fase terminal de vida.

No que se refere à equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem, cuja participação deve ser ativa ao proporcionar qualidade de vida quando cuida do doente terminal, bem como nos cuidados aos familiares deste, entende-se que é necessário intermediar a relação paciente-equipe-familiar a fim de orientar e esclarecer todas as pessoas envolvidas nesse contexto sobre as possibilidades terapêuticas. Além disso, há de se permitir que optem pela melhor decisão conjunta com vistas a oferecer a melhor qualidade de vida possível ao paciente. Por esse motivo, considera-se que a enfermagem tem obrigação ética e profissional de estudar os múltiplos e complexos aspectos que envolvem a finitude humana.

Diante disso, embora a enfermagem não tenha o poder de impedir a morte, o cuidado prestado pode apresentar um resultado significativo sobre a maneira pela qual os pacientes vivem até este momento, sobre o modo como ela acontece e sobre as memórias que este evento deixará na vida das famílias (SMELTZER; BARE, 2009).

Fundamentando-se nessas afirmações, com esta pesquisa objetivou-se conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a qualidade de vida no processo de morrer. Assim, busca-se discutir esse tema a fim de ajudar a suprir as necessidades do doente e de seus familiares, não se limitando apenas às condições puramente técnicas, mas

também, notadamente, às emocionais e afetivas que abrangem o complexo contexto do fim da vida.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, desenvolvida na UTI de um hospital de médio porte, da cidade de Santa Maria - RS. A amostra incluiu cinco profissionais de saúde, sendo três técnicos de enfermagem e dois enfermeiros, os quais trabalham diretamente com doentes em fase terminal de vida. Os critérios de inclusão obedeceram aos seguintes aspectos: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem na referida UTI; pertencer ao quadro efetivo de funcionários da unidade; estar trabalhando no período de coleta de dados; desejar falar sobre o assunto. Foram excluídos: enfermeiros e técnicos de enfermagem que apenas cumprem escalas de folga na UTI; funcionários em período de férias ou afastados por atestado médico durante a coleta de dados.

A coleta de dados aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, cujas falas foram gravadas em gravador *mp3 player* ou manuscritas, de acordo com o desejo dos participantes. Estes foram convidados, previamente, de forma aleatória, segundo sorteio dos nomes na escala, para marcar a data para concederem as entrevistas, as quais foram realizadas em uma sala privativa na própria UTI.

Os questionamentos feitos aos participantes abordaram os seguintes aspectos: o que é qualidade de vida para você? E o que é qualidade de vida ao morrer? Existem diferenças entre morrer em casa e morrer em uma UTI, em relação à qualidade de vida? Em sua opinião, pela sua vivência na rotina desta unidade, o paciente aqui internado desfruta de qualidade de vida? No seu ponto de vista, o que os profissionais de saúde podem fazer para proporcionar qualidade de vida ao doente terminal?

Os dados obtidos foram analisados por meio do método de análise de conteúdo, de Bardin (2010), o qual se constitui de três passos: pré-análise, durante a qual é realizada uma leitura flutuante dos documentos a

serem analisados; exploração do material, que consiste nas etapas de codificação, enumeração e classificação; análise dos dados categorizados.

Este estudo trata-se um subprojeto de um projeto maior intitulado “A interferência da subjetividade no êxito do tratamento oncológico”. O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, com registro no CONEP nº 1246 e registro CEP/UNIFRA nº 038.2011.2, no intuito de atender, no período de realização do estudo, à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das falas dos participantes, emergiram três categorias: “Qualidade de vida ao morrer: necessidades do doente e respeito à sua dignidade”; “Morrer em casa ou no hospital?”; “Humanizando a morte: a importância da família”.

### **Qualidade de vida ao morrer: necessidades do doente e respeito à sua dignidade**

Identificou-se que definir qualidade de vida no processo de morrer é complexo e subjetivo, o que dificulta significativamente a sua compreensão. As pessoas formam a ideia, mas não a definem claramente, uma vez que analisam a qualidade de vida ao morrer como sendo as medidas de limitações de esforços terapêuticos para a prevenção da obstinação terapêutica ou como um cuidado prestado no domicílio, ao lado dos entes queridos.

*[...] seriam todas as alternativas que englobam o que a pessoa queria [...] para o bem dela, é tudo que deixa o ser humano ciente de que todas as alternativas foram tomadas [...] para melhorar. (ENF 1)*

*Morrer sem dor, [...] e com o respeito de quem está junto da pessoa neste momento. (ENF 2)*

*É me deixar morrer em paz, não ficar investindo em mim [...] para prolongar meu sofrimento. [...] mantendo o paciente vivo só na base da medicação. Isso não é qualidade de vida [...]. Eu acho que tem que dar um remédio para dor, alimento, água [...]. (TEC ENF 2)*

Moritz et al. (2008) afirmam que um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença evoluir, de forma implacável, para a morte, independentemente das medidas terapêuticas aplicadas. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em múltiplos dados objetivos e subjetivos.

O modelo da “morte contemporânea” é construído visando a uma “boa morte”, definida por seus estudiosos como a “escolhida” e “produzida” pelo indivíduo que está a morrer, e compreende a autonomia do doente e dignidade nesse processo da vida. Surgiu na Inglaterra, nos anos 90, cujo movimento pela “morte natural” foi inspirado no modelo do parto natural. Essas novas construções de morte (como também de nascimento) refletem e implicam reconfigurações da pessoa, variáveis, segundo os referenciais hegemônicos negociados de cada cultura. Trata-se, então, de tornar a morte socialmente mais visível, de modo a ser concebida e vivida “naturalmente”, como um evento que faz parte do ciclo da vida (MENEZES, 2003).

Nesse contexto, pensa-se em cuidados paliativos. Para Pimenta (2010), preconizam-se a compaixão, o não abandono, a não suspensão de tratamentos e a não indução da morte, não se recomendam tratamentos fúteis, se aceita o limite final da vida, e o objetivo é o cuidado, não a cura. A relação profissional-paciente deve ser humanizadora, com vistas à morte digna e ao respeito aos princípios éticos da veracidade (base para a confiança no relacionamento profissional-paciente), da proporcionalidade terapêutica (implementação apenas de medidas terapêuticas úteis), do duplo efeito (busca do efeito positivo, apesar da possibilidade de efeitos negativos) e da prevenção (implementação de medidas para prevenir complicações).

O mais importante quando não há mais o que se fazer, curativamente, é aceitar a finitude e encaminhar os doentes para enfermarias ou para

suas residências, se possível, no intuito de que possam viver seus últimos dias na companhia dos familiares, de modo digno e confortável, usufruindo de suporte emocional no processo de morrer (SPRUNG et al., 2003).

Para que tais cuidados sejam realizados nas residências, Fratezi e Gutierrez (2011) relatam a importância de se considerar sentimentos e significados em relação ao processo de morrer e morte, interligados a aspectos como: relação prévia entre paciente e cuidador, tempo de cuidado, crenças religiosas e espiritualidade, avaliação subjetiva do cuidado e rede de suporte social de que o cuidador dispõe, entre outros.

Todavia, a não aceitação da morte, pelos familiares, é, muitas vezes, um importante empecilho para que o doente receba, de maneira eficaz, os cuidados paliativos, pois, sem a consciência de que a realidade é finita, solicitam, incessantemente, aos médicos e à equipe o investimento máximo com vistas à cura da doença (BERTOLINO, 2009).

Afirma-se, nesse contexto, que o Brasil está classificado entre os piores lugares para se morrer, segundo um estudo realizado pela Revista *"The Economist"*. Entre as 40 nações avaliadas, o Brasil só não é pior do que Índia e Uganda. Nesse estudo, cada país recebeu sua pontuação no recém-criado índice de qualidade de morte, cuja nota é composta por indicadores qualitativos e quantitativos. Os motivos para o péssimo resultado incluem desde elementos culturais, como a dificuldade de lidar com a morte, até a ausência de uma política nacional sobre o tema (COLLUCI; SCHWARTSMAN, 2010).

## **Morrer em casa ou no hospital?**

Ao discutir qualidade de vida no processo de morrer, os enfermeiros e técnicos de enfermagem buscaram esclarecer as diferenças existentes entre morrer em casa e morrer em uma UTI. Com base em suas palavras, as pessoas sentem o desejo de morrer em casa, o que valoriza o vínculo com a família, já que a vivência do morrer se torna essencial e menos sofrida e solitária no seio familiar. Apesar disso, muitas vezes, atualmente, essa última etapa da vida pode ser rotinizada e se tornar um fator secundário

às necessidades reais do doente e dos seus familiares à medida que houver a necessidade de internação em uma UTI.

*[...] ao morrer em casa, tu estás perto de tudo aquilo que tu construístes, a tua vida inteira, no teu dia a dia. Então, se não há mais alternativa, por que não terminar onde tudo iniciou? Já numa UTI, tu, às vezes, tomas atitudes que eu considero [...] distanásia [...]. Isso se torna um tanto mais agressivo. (ENF 1)*

*[...] é triste morrer no meio de estranhos. [...] meu avô ficou esperando 24 horas ruim, esperou a filha chegar [...]. A hora que ele morreu, ela estava junto segurando a mão dele. [...] é o que muitos pacientes pedem. [...] eu prefiro morrer em casa do que no hospital. (TEC ENF 1)*

*[...] por qualidade de vida, em casa tu vai estar do lado das pessoas que tu ama e que te amam também, né? (TEC ENF 2)*

Nesse ponto, os profissionais de saúde, em grande parte, conversam com seus familiares sobre o que desejam diante do seu processo de morrer, pois têm contato com diferentes modos de morrer no ambiente de trabalho. Essas questões, apesar de serem repugnantes para muitos, impele que médicos e enfermeiros reflitam sobre o seu próprio processo de morrer e solicitem aos seus familiares que não os deixem ficar como os pacientes que cuidam na UTI: em sofrimento, sustentados por medicações, cateteres, ventiladores mecânicos, máquinas de hemodiálise etc. (BERTOLINO, 2009). Assim, abrir mão de intervenções tecnológicas e optar pelo lar, com cuidados paliativos, pode, de modo crucial, assegurar qualidade de vida durante o morrer.

Por outro lado, algumas vezes, o doente terminal é encaminhado ao hospital apenas para falecer - ou para prolongar um pouco mais o seu fim de vida (OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010). Em um trabalho realizado com familiares de doentes terminais em suas residências, notou-se a intensa preocupação em oferecer uma boa morte para os entes queridos no seu próprio domicílio. Os familiares cuidadores, apesar de se sentirem

extenuados, física e psicologicamente, por trabalharem fora e ainda cuidarem de um doente terminal em casa, sentiam-se bem em poder proporcionar, dentro do próprio lar, um fim de vida junto à família, mesmo que o momento da morte, em si, não fosse benquisto para que ocorresse dentro de casa (BERTOLINO, 2007).

Salienta-se, aqui, que o cuidado domiciliar é uma estratégia assistencial que vem se tornando imprescindível para reduzir custos hospitalares, diminuir o número de complicações e, conseqüentemente, o número de re-internações, bem como a participação da família no cuidado ao doente, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida diante da fragilidade de saúde do doente (PAZ; SANTOS, 2003).

Em complemento, os participantes citaram também a pouca qualidade de vida observada durante o tratamento do doente terminal na UTI, visto que, além da presença contínua de pessoas desconhecidas e sem capacidade de opinar sobre seu tratamento, existe uma assincronia entre os diferentes modos pelos quais os cuidadores profissionais efetivam suas condutas, de acordo com o processo de trabalho da unidade.

*O paciente [...] com uma idade avançada ou com um prognóstico ruim, tu notas que ele entra aqui na UTI para morrer. [...] não tem uma boa qualidade de vida, porque eu acho que ninguém quer morrer com um tubo na boca, com uma ferida no cóccix. (ENF 1)*

*Ele está em um ambiente confinado, com pessoas desconhecidas, longe da família, sem, muitas vezes, poder opinar sobre o tratamento, a rotina [...]. (ENF 2)*

*[...] quando ele entra num estado terminal, acho que, [...] se pudesse escolher, ele não se encontraria naquela condição. (TEC ENF 3)*

A morte na UTI é, em geral, caracterizada pela extrema vulnerabilidade e dependência corporal do moribundo, muitas vezes, em virtude de

um estado de inconsciência, causado pela severidade do estado biológico e/ou pela indução de um estado artificial pelo uso de drogas sedativas e analgésicas (MENEZES, 2003).

Para Smeltzer e Bare (2009), as decisões para aplicar toda a tecnologia disponível para prolongar a vida contribuíram, nesse sentido, para o deslocamento do local da morte de casa para o hospital. No entanto, entende-se que a internação domiciliar de um paciente pode permitir um cuidado mais humanizado, principalmente ao doente terminal, sem que este perca sua identidade ao não se afastar de suas melhores referências pessoais.

Nesse complexo contexto, quando se abordam os fatores que influenciam a internação do doente terminal na UTI *versus* a internação no domicílio, os aspectos culturais, agregados aos fatores sociais ligados à dificuldade de tratar um doente terminal em seu lar, podem levar à morte institucionalizada. Atualmente no mundo, mais de 70% dos óbitos ocorrem nos hospitais, sobretudo nas UTIs, e os óbitos nessas unidades, a nível mundial, são precedidos, em 30% a 50% dos casos, de decisões sobre a suspensão ou a recusa de tratamentos fúteis ou inúteis (BITENCOURT et al., 2007). Dessa forma, os hospitais oferecem terapêutica de ponta, mas podem não conseguir oferecer qualidade de vida e cuidado humanizado necessário àquele que está morrendo.

Ao mesmo tempo, o processo de morrer pode ser vivido de diversas maneiras, influenciado pelo momento histórico e contextos socioculturais, sendo importante promover atenção integral ao paciente e seus familiares, pois a aproximação da morte do ente querido desperta, na família, um verdadeiro desgaste físico, financeiro e emocional (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011). Esses aspectos são comprovados pelo estudo de Silva e Acker (2007), quando referem que os cuidadores familiares revelaram algumas dificuldades existentes diante do processo de cuidar, como ausência de conhecimento técnico, alterações emocionais, desgaste físico, dificuldades financeiras, entre outros aspectos.

Destaca-se, por meio destas considerações, a importância do diálogo e da instrução da família, para que esta possa avaliar suas condições

e permitir a escolha adequada do tratamento no intuito de vencer o paradigma da escolha UTI *versus* domicílio, para que ambos os modelos terapêuticos caminhem juntos ao assistir o doente sem possibilidades de cura e seus familiares de forma efetiva (SILVA; ACKER, 2007). Esses aspectos são relevantes na medida em que domicílio e hospital podem ser ambos necessários e, ao mesmo tempo, complementares durante o processo de cuidado do doente terminal, na dependência da causa que pode levar o doente à internação, a qual não pode ser, especificamente, um motivo desencadeado pela doença em fase terminal.

### **Humanizando a morte: a importância da família**

Nessa categoria, percebeu-se a importância da presença da família durante a terminalidade da vida, junto aos cuidados de enfermagem no intuito de amenizar o sofrimento e a dor que acometem o doente nessa fase. Como forma de proporcionar mais conforto ao doente no ambiente hospitalar, é importante trazer as referências que faziam parte do cotidiano do doente na sua casa, ou, sobretudo, permitir que os familiares possam acompanhar, mais presentemente, o ente querido internado na UTI, durante o seu tratamento.

*Eu já ouvi falar em UTI humanizada, sabe? Que o familiar fica junto com o paciente [...]. E querendo ou não, por mais humano que a gente tente ser, [...] a gente trata ele como trata todos [...] deixa tudo muito uniforme. (ENF 1)*

*[...] tem paciente que está indo aos pouquinhos [...] o correto seria deixar o familiar entrar e ficar [...] eu sou contra, às vezes, o paciente estar num CTI e não num quarto. (TEC ENF 1)*

*[...] atender às necessidades emocionais do paciente, e dos seus familiares, não só se limitando à técnica, mas, principalmente, às necessidades emocionais, que se agravam neste momento. (TEC ENF 3)*

Nessas falas, observa-se o valor da presença da família junto ao doente terminal na UTI como forma de humanizar a assistência e, com isso, contribuir para a qualidade de vida daquele que está morrendo. Tal fato é significativo porque a família, sendo o pilar formador da sociedade, é a referência mais importante que existe para o ser humano desde as primeiras fases da vida até o seu final. Ademais, torna-se eficaz sua presença e, se possível, sua colaboração nos cuidados, visto que, na família, estão as pessoas mais próximas do doente terminal, e que podem, por conseguinte, atuar em consonância com a equipe no enfrentamento, na compreensão e no auxílio das reações do ente querido diante da doença (SANTANA et al., 2009).

Segundo Pereira e Dias (2007), os familiares, ao estarem presentes com o doente, podem conseguir minimizar o sofrimento deste, o que, ao mesmo tempo, pode amenizar o sofrimento de todos os envolvidos em uma situação irreversível, tal como a doença sem possibilidades de cura. Desse modo, a atenção conjunta, voltada ao doente e realizada tanto pela equipe quanto pelos familiares, na UTI, pode contribuir para a melhora da qualidade de vida na fase terminal. Até porque, a partir da familiarização das rotinas hospitalares e dos laços efetivados com os membros da equipe, especialmente quando há longas internações, os familiares acabam desenvolvendo certa “intimidade”, inclusive, com os procedimentos e com a linguagem técnica utilizada pela equipe. Isso pode vir a colaborar para que todos enfrentem, de maneira menos sofrida, o transcorrer do adoecimento e da futura perda.

Diante disso, no cuidado de enfermagem, a humanização é essencial e acontece de duas maneiras: objetiva, concernente à realização de técnicas e procedimentos, e subjetiva, que se baseia na sensibilidade, criatividade e intuição do profissional (ROCHA et al., 2008). Na UTI, o cuidado e a tecnologia têm aproximações que fazem com que a assistência de enfermagem, sendo resultado de um trabalho prestado ao ser humano, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem-estar e contribua com a qualidade de vida ou, quando for o caso, que busque qualidade para oferecer uma morte tranquila.

O cuidar da pessoa doente mostra um sentido primordial da existência da enfermagem: é pelo cuidado que a enfermagem se projeta e se mantém como profissão. É pelo cuidar que ela expressa e manifesta o seu corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes, no intuito de (re)criar a própria cultura do cuidar, que é, na sua essência, ética e humana (ROCHA et al., 2008), sobretudo quando se cuida de um ser humano fragilizado pelo processo de morrer.

Partindo dessas reflexões, considera-se que a morte, uma das únicas certezas da vida, deveria ser enfrentada de maneira natural, no que se refere à sua aceitabilidade, por ocorrer, obrigatoriamente, a todos os seres vivos e por ser parte integrante do ciclo vital humano. Aceitá-la, por parte do doente terminal, bem como pela família que vivencia esse processo, e também pela equipe de saúde, favoreceria a ciência dos cuidados paliativos nos serviços de saúde e da qualidade de vida nesse processo. Isso porque atender nesta abordagem paliativa implica não prorrogar a vida daquele que está em situação de terminalidade, significando, inclusive, que, entre os cuidados nessa fase, incluem a não reanimação do doente.

Por fim, ao refletir acerca da qualidade de vida no processo de morrer, não se podem deixar à margem da discussão os cuidados paliativos. Estes, de acordo Oliveira, Quintana e Bertolino (2010), além de não objetivarem abreviar a vida, também não almejam postergar a morte, ou seja, não são aplicados procedimentos que a adiantem nem que a acelerem. Esta ciência preocupa-se, verdadeiramente, com o conforto do doente e de sua família, aplicando-lhes tecnologias de relações como a escuta, a comunicação e a atenção, além de, ao mesmo tempo, utilizar tecnologias como medicamentos para auxiliarem no alcance do objetivo de oferecer conforto ao doente e, em consequência, de buscar qualidade de vida, ainda que esta se aproxime do fim.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Falar sobre a morte não é uma tarefa fácil, mesmo com profissionais de enfermagem, pois, embora a morte faça parte de suas rotinas de traba-

lho, ainda não é costume refletir sobre a morte e o morrer, e não se colocar no lugar daquele que sofre é uma maneira de distanciar-se do sofrimento. Uma limitação deste estudo diz respeito ao número de entrevistas, pois não se atingiu a quantidade almejada, uma vez que alguns profissionais se recusaram a conceder entrevistas, pois declararam não ficar à vontade ao conversar sobre o tema ou que não tinham tempo disponível para tal.

As respostas obtidas neste estudo mostraram que qualidade de vida tem uma definição multifatorial quando se refere ao morrer. A definição está relacionada à fuga da obstinação terapêutica e dos aparatos tecnológicos que um ambiente hospitalar pode oferecer, no intuito de assegurar qualidade de vida na paz de seus domicílios, por meio do carinho dos familiares, sempre buscando conforto e alívio da dor sem prolongar o sofrimento.

Observou-se a relação atribuída entre a qualidade de vida no processo de morrer e o fato de o doente terminal estar próximo às suas referências pessoais do seu cotidiano. E se não for possível, no caso de a internação hospitalar ser inevitável, considerar a ideia de o paciente ter a família ao seu lado como forma de humanizar o cuidado dentro de uma UTI.

Considera-se, igualmente, que a escolha entre o atendimento domiciliar e hospitalar deve ser avaliada segundo os benefícios oferecidos ao doente terminal e seu familiar. Nesse contexto, por fim, salienta-se que compete aos profissionais de saúde, especialmente à enfermagem, preparo e conhecimento para discernir as situações, esclarecer as possibilidades terapêuticas a todos os envolvidos com vistas a assegurar-lhes a verdadeira humanização durante o processo de morrer e morte.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERTOLINO, K. C. O. **Educação em saúde para a realização de cuidados paliativos ao paciente terminal em domicílio**. Relatório final de atividades assistenciais. Curso de Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007. 89 p.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais de médicos e enfermeiros sobre distanásia em UTI.** 2009. 220 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1IcH7iQ>>. Acesso em: 11 jun. 2011.

BITENCOURT, A. G. V. et al. Conduitas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 137-143, 2007.

BRASIL. **Resolução nº 196/96.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://bit.ly/1AKjtdM>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

COLLUCI, C.; SCHWARTSMAN, H. Brasil é o terceiro pior lugar para morrer. **Folha.com.** São Paulo, 15 de julho de 2010. 1 p. Disponível em: <<http://bit.ly/1Qpn9Dp>>. Acesso em: 03 jun. 2011.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, jul. 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1lh1KNH>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

MENEZES, R. A. Tecnologia e “Morte Natural”: o morrer na contemporaneidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 129-147, dez. 2003. Disponível em: <<http://bit.ly/1dLUCMD>>. Acesso em: 28 maio 2011.

MORITZ, R. D. et al. Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20 n. 4, p. 422-428, 2008.

\_\_\_\_\_. Avaliação das decisões médicas durante o processo do morrer. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 141-147. 2009.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, dez. 2010.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 538-541, out. 2003.

PEREIRA, L. L.; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 55-65, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/1lcHEkl>>. Acesso em: 18 out. 2013.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, Editorial. Jun. 2010.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, fev. 2008.

SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1h2eDn>>. Acesso em: 18 out. 2013.

SMELTZER, S. C., BARE, B. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem médico cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 150-154, abr. 2007.

SPRUNG, C. I. et al. End-of-life practices in european intensive care units: the Ethicus Study. **JAMA**, Chicago, v. 290, n. 6, p. 790-797, 2003. Disponível em: <<http://bit.ly/1cxyJ1Y>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

# SIGNIFICADO DO TRANSPLANTE PARA O PACIENTE RENAL CRÔNICO

---

Cibele Filipin da Rosa  
Elenice Spagnolo Martins  
Macilene Regina Pauletto  
Cláudia Zamberlan  
Simone dos Santos Nunes

## RESUMO

Desde 2000, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza, anualmente, um censo que demonstra o número de pacientes em tratamento crônico de diálise, com informações fornecidas pelos centros de diálise. O transplante proporciona uma melhor qualidade de vida, pois liberta o paciente da máquina de hemodiálise. O objetivo deste estudo é compreender o significado do transplante para o paciente renal crônico. Caracteriza-se como pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, e sua relevância é justificada pela busca por maior conhecimento sobre a terapia, a fim de aprimorar e conhecer as necessidades de cuidado aos transplantados, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Este estudo foi realizado no Ambulatório de Transplante Renal de um hospital universitário, na região central do Rio Grande do Sul, com sete pacientes transplantados, no período de maio a junho de 2013, e os dados foram coletados por meio de entrevistas e categorizados. Dessa coleta, emergiram três categorias: A não dependência da hemodiálise, Perspectiva de uma vida melhor, Mudanças de hábitos. Demonstra-se a perspectiva de conhecer os discursos acerca do significado do transplante renal na vida do paciente renal crônico. Pesquisas relacionadas a esses assuntos possibilitam maior conhecimento acerca do tema, a fim de esclarecer dúvidas, angústias e conscientizar para uma maior disponibilidade de doação de órgãos. Para isso, sugerem-se mais campanhas na mídia, nas universidades e escolas, voltadas para a conscientização da importância da doação de órgãos.

**Palavras-chave:** Transplantes de Rim. Enfermagem. Insuficiência Renal.

## INTRODUÇÃO

A insuficiência renal é uma doença sistêmica que acontece quando um rim não consegue mais exercer a sua função vital e pode ser classificada em insuficiência renal aguda (IRA) e insuficiência renal crônica (IRC). A IRA é uma síndrome clínica reversível em que há perda imediata e quase completa da filtração renal durante horas ou dias e se manifesta com o aumento na creatinina e ureia. A IRC consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins, pois estes não conseguem sustentar a sua condição normal de manutenção do meio interno do sujeito. Cronicidade é definida como condição clínica ou problema de saúde com sintomas associados ou incapacidades que exigem tratamento em longo prazo, e curas completas são raras (SMELTZER; BARE, 2009; ROMÃO, 2009). A principal causa da IRC é a diabetes mellitus, além da hipertensão, entre outras patologias que predispõem a doença (SMELTZER; BARE, 2009).

Quando o paciente começa a sentir as manifestações da doença, é porque os rins já estão bastante prejudicados, devendo recorrer, então, ao tratamento dialítico (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou ao transplante renal (ROMÃO, 2004).

Segundo Lira e Lopes (2010), o tratamento de escolha para grande maioria dos pacientes com IRC é o transplante renal, e este pode ser realizado com doador vivo relacionado, vivo não relacionado e cadáver.

Desde 2000, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realiza, anualmente, um censo que demonstra o número de pacientes em tratamento crônico de diálise, cujas informações são fornecidas pelos centros de diálise. O censo de 2010 indicou que aproximadamente 19.000 pacientes iniciaram o tratamento dialítico crônico no Brasil (SESSO et al., 2011).

O transplante proporciona uma melhor qualidade de vida, pois liberta o paciente da máquina de hemodiálise. Entretanto, exige uma série de mudanças em relação à alimentação, higiene, cuidados com a saúde, medicamentos e surge também o acompanhamento ambula-

torial, que se torna essencial para a assistência continuada e favorece o sucesso da cirurgia. O transplante renal é visto como um tratamento paliativo, pois não recupera de maneira integral a saúde do paciente (LIRA; LOPES, 2010).

Embora o transplante renal seja visto pelos médicos como um procedimento capaz de proporcionar “qualidade de vida”, para os pacientes, adquire uma proporção maior. Para estes, é algo que “restitui a vida”, como se por meio dele retornassem ao estado anterior à doença, tornando-os sãos (HERMAN; WEISSHEIMER; QUINTANA, 2011).

Massarollo e Kurcgant (2000) enfatizam que a enfermagem realiza um papel indispensável no processo de transplante, pois atua desde a captação do órgão até o acompanhamento pós-cirúrgico ambulatorial. Para isso, é necessária uma capacitação específica, de maneira a prestar orientações adequadas e realizar cuidados mais complexos.

O fato de confiar no profissional e poder contar com a sua ajuda, muitas vezes, é suficiente para o alívio dos sintomas. O enfermeiro precisa compreender a ansiedade vivida pelo paciente de maneira que possa confortá-lo e transmitir-lhe segurança. A família também necessita de apoio e orientação quanto à melhor forma de vivenciar o momento, podendo, assim, participar do processo de recuperação do seu ente querido (SILVA et al., 2009).

Justifica-se a relevância deste estudo pela busca por maior conhecimento sobre a terapia a fim de aprimorar e conhecer as necessidades de cuidado aos transplantados e, assim, proporcionar uma melhor qualidade de vida. Muitos pacientes pós-transplante renal apresentam uma nova visão de viver. Portanto, emerge o questionamento em saber como esses pacientes vivenciam o transplante e o que mudou na sua concepção de vida após receberem uma nova opção de viver.

Sendo assim, neste estudo, objetivou-se compreender o significado do transplante renal para o paciente renal crônico pós-transplante, e como objetivo específico se pretendeu identificar os aspectos gerais vivenciados pelos pacientes transplantados renais.

## METODOLOGIA

Este estudo tem um caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva e exploratória compreende a etapa de construção do projeto, a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, a construção de hipóteses e do marco teórico conceitual, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se como uma metodologia que envolve investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica do ser humano, de relações e para análise de discursos e documentos (MINAYO, 2007).

Esta pesquisa foi realizada no Ambulatório de Transplante Renal de um hospital universitário, de grande porte, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. Essa instituição de saúde foi criada em 1970 e, atualmente, é um centro de referência que abrange 46 municípios e possui 276 leitos. O serviço de transplante renal começou em 1988, e já foram realizados 216 até o momento. O ambulatório de transplante renal é formado por uma equipe multiprofissional composta por médicos e enfermeiras, que prestam atendimento na segunda e quarta-feira, pelo horário da tarde, e na quinta-feira, pela manhã. Nesse ambulatório, são oferecidas consultas para pacientes pós-transplante renal, bem como para pacientes em investigação para realizar transplante renal. As consultas aos pacientes transplantados são realizadas regularmente, com a finalidade de avaliar a evolução do tratamento, bem como as demais condições de saúde desse paciente.

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes já transplantados vinculados à referida instituição, provenientes de Santa Maria e outras cidades da região. Foram utilizados como critérios de inclusão: ser transplantado, ser maior de 18 anos, apresentar-se lúcido e orientado e com capacidade cognitiva para responder aos questionamentos, ter data mínima de seis meses pós-transplante. Teve-se por critério de exclusão: pacientes que apresentassem dificuldade na comunicação ou compreensão.

Foram entrevistados sete sujeitos, que contemplaram os critérios de inclusão. Para a identificação, foi consultado o prontuário e também foram adquiridas orientações e informações com a equipe que atua no ambulatório. Os entrevistados foram identificados por meio da letra “T” de Transplantado, seguida de um número. Foram entrevistados os pacientes com data mínima de seis meses pós-transplante devido à adequação à nova etapa.

Os dados coletados nas entrevistas foram gravados e transcritos, com a intenção de compreender o significado do transplante renal na vida do paciente renal crônico, salientando suas mudanças nos hábitos de vida (MINAYO, 2010). O local da coleta foi a sala do ambulatório, onde foi garantida a privacidade do paciente. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da instituição em que foi realizado o estudo, sob o número 0792012, respeitando os preceitos éticos com pesquisa de seres humanos. Para os sujeitos da pesquisa, foi garantido o caráter confidencial e o anonimato, a livre participação e o caráter confidencial das informações por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (BRASIL, 1996). Os dados ficarão armazenados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após, destruídos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise das entrevistas possibilitou o agrupamento dos dados, a partir dos quais emergiram três categorias que retratam sentimentos e perspectivas dos transplantados acerca do transplante. São elas: A não dependência da hemodiálise, Perspectiva de uma vida melhor, Mudança de hábitos.

### **A não dependência da hemodiálise**

Os pacientes com IRC tornam-se dependentes da hemodiálise, pois em dias alternados precisam ser submetidos a sessões para filtrar as impurezas do sangue, já que o rim não mais pode fazê-lo. Esse pro-

cedimento os deixa ligados a uma rotina dolorosa, estressante e, até mesmo, preconceituosa.

Para Kusumoto et al. (2007), a maioria desses pacientes refere complicações físicas relacionadas à insuficiência e ao tratamento por hemodiálise, destacam anemia, câibras, fraqueza, dor, hipotensão arterial durante a hemodiálise e prurido, falta de energia, sensação de desânimo e fadiga. Quando os entrevistados foram questionados sobre como era sua vida antes do transplante e agora, responderam como descrito nas falas:

*[...] antes do transplante eu era mais desanimada, acho que bem pelo problema mesmo né, tu vai ficando cada vez mais devagar, mais lenta, mais sem vontade mesmo, e agora eu tô bem Graças a Deus, tô aí fazendo faculdade que eu sempre tive vontade de fazer, mas um pouco eu não quis fazer sabendo que eu tinha a doença e que poderia ter que parar e não conseguir né, agora tô fazendo tá indo pra frente, progredindo cada vez mais [...]. (T4)*

*[...] foi para uma melhor saúde, para sair da hemodiálise, é bem melhor porque aquela hemodiálise judia do cara, e hoje em dia ao que tudo indica eu tenho uma vida normal, um dos motivos é este e não tinha outra escolha ou eu seguia lá ou fazia o transplante, é claro que quis o transplante né [...]. (T6)*

A hemodiálise causa muitas restrições e prejuízo nos estados de saúde física, mental, funcional, bem-estar geral, interação social e satisfação do paciente. Na maioria das vezes, causa incapacidade física e emocional, o que interfere na vida e limita ou impede a realização de suas atividades diárias (KUSUMOTO et al., 2007).

*[...] antes era bem complicado, eu fazia hemodiálise três vezes por semana, sacrifício né, eu ia pegar o ônibus as seis horas da manhã e também não via a hora de estar longe das máquinas, é terrível a hemo, é um meio né da gente sobreviver, mas não é bom, a experiência não é boa [...]. (T5)*

*[...] no caso quando eu fazia hemodiálise era 3 vezes por semana quando não tinha que fazer extras, tu não tinha tempo pra sair pra lugar nenhum, vivia preso naquela vida [...] era uma vida presa ao hospital [...]. (T1)*

## **Perspectiva de uma vida melhor**

Ao serem submetidos a um transplante renal, os pacientes sonham com a possibilidade de uma nova realidade, na busca de uma melhor qualidade de vida, o que é relatado nas seguintes falas:

*[...] o transplante pra mim era a segunda chance de vida né, sair daquela máquina, ter uma qualidade de vida melhor né, eu sabia que fazendo o transplante eu teria uma qualidade de vida melhor [...]. (T7)*

Devido à dificuldade na doação de órgãos, evidencia-se a valorização no que se refere aos doadores para transplante. De acordo com Rosengard et al. (2002), a demanda crescente pelo transplante renal e o grande desafio diante do insuficiente número de doadores estimulam o desenvolvimento de novas estratégias para aumentar a oferta de rins para transplante.

*[...] representa uma vitória, e a felicidade né acho que não só pra mim como para qualquer um, um doador vivo ou alguém que já morreu poder salvar a vida de alguém [...]. (T3)*

Conforme Lira e Lopes (2010), a sobrevida dos enxertos renais vem aumentando a cada ano em virtude de vários fatores, entre eles o acompanhamento ambulatorial, a histocompatibilidade, a escolha do doador e as drogas imunossupressoras.

## **Mudança de hábitos**

Pacientes submetidos à hemodiálise buscam uma mudança nos seus hábitos de vida, pois o tratamento os priva da convivência familiar,

social e da possibilidade de exercer sua profissão devido à restrição nos horários e, por vezes, ao mal-estar ocasionado pelo tratamento dialítico. Depois de transplantados, a mudança de vida é comprovada por meio dos seguintes relatos:

*[...] uma mudança total né, muito boa, porque antes a gente é privado de um monte de coisa, alimentação, líquido, isso aí foi uma coisa que me prejudicou muito, porque pelo fato de eu ser diabético, eu tinha muita sede e aí não podia tomar água né, e depois do transplante a vida é normal, só tem que se cuidar; eu no caso tenho diabetes, tenho que cuidar a diabetes e tomar a medicação que é ordenada pelo médico, mas no resto tudo tranquilo [...]. (T2)*

*[...] pra mim foi uma mudança muito grande, o transplante digamos, que tu nasce de novo, até o transplante é uma coisa, depois é outra [...]. (T6)*

*[...] antes do transplante era uma luta né, porque tudo era na base do remédio, pra tudo tinha que tomar um remédio, e hoje a gente só toma aqueles que é pra não rejeitar o órgão, eu no caso faço insulina pra diabete, mas mudou totalmente, tenho uma vida normal como era antes de eu adoecer né, só não volto a trabalhar pelo fato da visão, eu me aposentei por invalidez e não é possível voltar a trabalhar. Mas, se não fosse pela visão eu teria condições de voltar a trabalhar [...]*

A partir dos discursos analisados, evidenciou-se que o transplante vem ao encontro de uma nova esperança de vida, uma vez que traz consigo imensuráveis sentimentos de gratificação, satisfação, independência e renovação, além de modificar aspectos biopsicossociais tanto do transplantado como dos seus familiares.

*[...] ah antes do transplante tinha a questão de estar sempre preso, não podia viajar, tinha que programar às vezes para trocar a hemodiálise para ganhar umas horinhas a mais, nunca tinha aquela coisa que nem agora, às*

*vezes ia lá fazia hemodiálise saia bem, ficava bem, ficava tranquilo, às vezes saía com alguma coisa, alguma dorzinha de cabeça, então nem sempre é aquela coisa regular, não é que nem agora, agora depois do transplante a gente tem uma vida regular, depois que passa aquele período ali que tu tem que ter um certo cuidado, claro cuidado tem que ter sempre, mas depois que passou aquele principal período ali, período mais crítico, aí pode ter uma vida normal, pode te programar, sair com a família [...]. (T6)*

Para Kusumoto et al. (2007), os pacientes em hemodiálise perdem sua autonomia e independência. Muitas vezes, tornam-se dependentes parciais ou totais dos cuidados de outras pessoas. É de suma importância a existência de uma rede de apoio familiar.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo mostrou a perspectiva de conhecer os discursos acerca do significado do transplante renal na vida do paciente renal crônico. Para o portador de insuficiência renal crônica, o transplante significa uma importante conquista, pois possibilita uma alternativa de uma melhor qualidade de vida se comparada à dependência da hemodiálise.

É notável o conhecimento desses pacientes acerca dos cuidados necessários antes, durante e após a realização do transplante, pois é de suma importância a conscientização por parte deles, visto que é um tratamento que implica cuidados para sua manutenção.

Observa-se que os pacientes que aguardam na lista de espera para o transplante são acometidos de situações de muita angústia, pois o transplante representa a realização de um sonho em suas vidas. Essa angústia é uma realidade constante devido à demora ocasionada pelo insuficiente número de doações de órgãos no Brasil.

Conclui-se que estudos relacionados a esses assuntos possibilitam maior conhecimento acerca do tema a fim de esclarecer dúvidas, angústias e conscientizar para uma maior disponibilidade de doação de órgãos. É importante também mais campanhas na mídia, nas universi-

dades e escolas, com o intuito de conscientizar acerca da importância da doação de órgãos. Dessa forma, será possível uma maior oportunidade de vida às pessoas que necessitam de tratamento para uma doença que é crônica, mas que pode ser amenizada a partir do transplante, que proporciona uma melhor qualidade de vida e liberdade ao paciente acometido pela patologia.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 1996.

HERMAN, C.; WEISSHEIMER, T. K. S.; QUINTANA, A. B. Atribuições de significados ao transplante renal. **PSICO**, Santa Maria, RS, v. 42, n. 1, jan./mar. 2011.

KUSUMOTO, L. et al. **Adultos e Idosos em hemodiálise**: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. WCN Nursing Meeting, 2007.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação de diagnósticos de enfermagem. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 1, p. 108-114, mar. 2010.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n. 4, 2000. Disponível em: <<http://bit.ly/1cxzs39>>. Acesso em: 21 maio 2009.

ROSENGARD, B. et al. Report of the Crystal City meeting to maximize the use of organs recovered from the cadaver donor. **American Journal of Transplantation**, n. 2, p. 701-711, 2002.

ROMÃO, J. R. E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-3, ago. 2004.

SESSO, R. C. et al. Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2009.

SILVA, M. S. J. et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 309-317, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1M4L6yH>>. Acesso em: 21 maio 2009.



# O BRINQUEDO COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: REVISÃO INTEGRATIVA

---

Aline Costa Lopes  
Hilda Maria Barbosa de Freitas  
Chris Netto de Brum  
Circéa Amália Ribeiro  
Carla Lizandra de Lima Ferreira

## RESUMO

Com este estudo, objetivou-se analisar, nas produções científicas, as implicações da utilização do brinquedo como instrumento de cuidado à criança hospitalizada. É um estudo de revisão integrativa, desenvolvido em março de 2012, a partir das bases de dados LILACS e BDENF, com a busca pelos descritores “JOGOS e BRINQUEDOS” e “ENFERMAGEM”, compreendendo os anos de 1980 a 2010. Foram selecionados 15 trabalhos disponíveis na íntegra *on-line*. Os resultados evidenciaram que o processo de elaboração dos artigos foi a partir de 1997 e mostraram que o brincar dentro do ambiente hospitalar tem influência significativa no tratamento da criança, pois o sofrimento durante a internação é um fato incontestável. Assim, o brincar apresenta-se como alternativa para amenizar o medo, a ansiedade e as angústias vivenciados pela criança durante a hospitalização.

**Palavras-chave:** Criança hospitalizada. Brinquedo Terapêutico. Cuidados de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A criança hospitalizada vivencia um momento de crise, determinado pela doença e hospitalização, em especial por alterar sua rotina de vida e pelo medo do desconhecido. Diante disso, é indispensável o apoio e amor dos familiares. A ausência da mãe ou da família leva a criança a sentir-se abandonada, o que acarreta sentimentos como medo, insegurança, agressividade, transtorno do sono, perturbações emocionais e regressão (HENRIQUE; CAÍRAS, 2006).

O vínculo entre a criança e a mãe torna-se uma forma de auxílio e recuperação neste momento doloroso para ambas. O brincar, além de ser primordial no cuidado à criança durante a hospitalização, pode ser um caminho para a mãe elaborar a doença do filho e fortalecer o vínculo com ele (JUNQUEIRA, 2003).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) enfatiza que a criança tem direito à liberdade, sendo um de seus aspectos: brincar e divertir-se (BRASIL, 2005). Brincar é tão importante para criança quanto provê-la de boa alimentação, sono tranquilo, ambiente adequado de moradia, segurança, carinho e respeito (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Ao ser hospitalizada, a criança é destituída de parte da sua liberdade, pois leva ao afastamento do contexto familiar e ingresso em um ambiente novo, com pessoas estranhas e um tratamento terapêutico, cuja finalidade é desconhecida pela criança (RIBEIRO; ÂNGELO, 2005).

As relações que ocorrem no ambiente hospitalar influenciam diretamente no tratamento e na qualidade de vida, uma vez que, muitas vezes, o hospital é visto como um local onde é proibido brincar e se divertir.

É fundamental utilizar o brinquedo como ferramenta de cuidado de enfermagem na recuperação, pois é uma condição intrínseca desta fase. Além disso, tem na ação educativa um de seus principais eixos e norteadora das práticas em geral, sejam elas desenvolvidas em ambiente hospitalar, serviços de saúde, entre outras (SOUZA, 2005).

Os jogos e brincadeiras são excelentes oportunidades de mediação entre o prazer e o conhecimento historicamente constituído, já que o

lúdico é eminentemente cultural. No cuidado com as crianças, é necessário o emprego de recursos lúdicos que auxiliem a comunicação e as entretendam, pois se acredita que aprender brincando é uma das formas mais agradáveis de assimilar conceitos e conhecimentos. O brinquedo é um instrumento valioso, de modo que por meio da brincadeira a criança pode enfrentar melhor as diversas situações e assimilar melhor o aprendizado (RIBEIRO, 1998).

Brincando a criança entra no mundo imaginário, em que ela é autora do seu próprio comportamento, aprende a dominar regras, trabalhar suas emoções e seus medos e, com isso, é possível promover um cuidado voltado para construção de hábitos saudáveis, o que favorece sua autonomia. É importante que os profissionais de saúde adotem abordagens diferenciadas de assistência, diversificando o modo de fazer saúde. Assim, é possível contribuir para a melhor aceitação por parte da criança em relação à necessidade de internação como um meio para recuperação de sua saúde.

O fato de a criança brincar no hospital contribui para minimizar o estresse e facilitar as relações interpessoais com outras crianças, além de favorecer os sentimentos de realização, competência e independência, contribuir para a sua autoestima e auxiliar no enfrentamento da doença. Por isso, torna-se imprescindível a criação de projetos que incluam uma assistência adequada e que visem, por meio de ações lúdicas, amenizar os efeitos da hospitalização e prevenir sofrimentos.

Os cuidados à criança, entre eles, a possibilidade de brincar, são indispensáveis para sua reabilitação, pois diminuem o período de adaptação, o tempo de internação e a aceitabilidade dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. Cabe ao enfermeiro, por meio de seus conhecimentos e habilidades, delimitar a forma adequada a cada situação no seu contexto de cuidado, valorizando a singularidade de cada criança.

Nesse contexto, questiona-se: Quais as implicações enfrentadas pelo enfermeiro sobre o brinquedo como instrumento de cuidado à criança hospitalizada?

Para tanto, tem-se como objetivo: Analisar, nas produções científicas, as implicações da utilização do brinquedo como instrumento de cuidado à criança hospitalizada.

## METODOLOGIA

A revisão integrativa é definida como análise de pesquisas relevantes que dão suporte para melhoria da prática clínica. Possibilita a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto e, a partir disso, é possível identificar lacunas que precisam ser preenchidas e a carência de estudos em determinada área (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Esse tipo de pesquisa oportuniza a síntese de inúmeros estudos já publicados, bem como possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (Apêndice A).

Este estudo está dividido em cinco etapas: Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; Interpretação dos resultados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDNF (Base de Dados de Enfermagem), com a busca pelos descritores “JOGOS e BRINQUEDOS” e “ENFERMAGEM” em artigos publicados nos anos de 1980 a 2010. 1980 foi escolhido como ano inicial, pois nele se iniciaram estudos sobre os direitos da criança, de forma que, em 1990, houve a criação do ECA (BRASIL, 2005).

Os dados foram analisados quali-quantitativamente. Foram determinados alguns critérios de inclusão: artigos da área da saúde na temática de brinquedo como cuidado à criança hospitalizada, publicados no período de 1980-2010, disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusão: teses, dissertações, livros, capítulos de livros, manuais, resumos em eventos e artigos publicados em periódicos não editados no Brasil.

Obteve-se um total de 35 trabalhos no LILACS. Destes, 15 contemplaram os critérios de inclusão. Na base de dados BDNF, com as mesmas palavras e processo de busca, foram encontrados 31 trabalhos, que compreendem a temática, porém 8 deles estavam também na base LILACS.

A seleção dos artigos foi pela leitura dos títulos e dos resumos do material selecionado. Após a leitura e seleção, os artigos foram analisados na íntegra, conforme a disponibilidade do acesso pela própria base de dados em que o texto está vinculado, e busca no site no qual o periódico foi publicado. Foram selecionados 66 artigos ao todo, na base LILACS e BDEF.

O período da busca foi a partir de 1980-2010. Foram encontrados 66 artigos, dois quais apenas 15 contemplaram os critérios de inclusão do estudo.

Para extração das informações dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento validado, com a autorização da autora, contemplando os seguintes itens: identificação do artigo, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, intervenções estudadas e resultados encontrados.

Para caracterização das produções científicas, foi aplicada uma ficha de análise documental, composta pelos itens: ano (Gráfico 1), região e subárea do conhecimento (Tabela 1). Os artigos foram identificados pela letra A, de Artigo, seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente) (Quadro 1).

**Quadro 1** - Os dados apresentam o artigos classificados.

A1	Nascimento, Lucila Castanheira; Pedro, Iara Cristina da Silva; Poleti, Livia Capelani; Borges, Ana Luiza Vilela; Pfeifer, Luzia Iara; Lima, Regina Aparecida Garcia de. O brincar em sala de espera de um Ambulatório Infantil: a visão dos profissionais de saúde.
A2	Rocha, Patrícia Kuerten; Prado, Marta Lenise do. Violência infantil e brinquedo terapêutico.
A3	Jansen, Michele Ferraz; Santos, Rosane Maria dos; Favero, Luciane. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada.
A4	Lemos, Lígia Mara Dolce; Pereira, Wilany Jesus; Andrade, Joseilze Santos; Andrade, Aglaé da Silva Araújo. Vamos cuidar com brinquedos?
A5	Maia, Edmara Bazoni Soares; Ribeiro, Circéa Amália; Borba, Regina Issuzu Hirooka de. Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família.

A6	Faleiros, Fabiana; Sadala, Maria Lúcia Araújo; Rocha, Eliana Mara Relacionamento terapêutico com criança no período perioperatório: utilização do brinquedo e da dramatização.
A7	Oliveira, Roberta Ramos de; Oliveira, Isabel Cristina dos Santos. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem.
A8	Leite, Tânia Maria Coelho; Shimo, Antonieta Keiko Kakuda. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando?
A9	Favero, Luciane; Dyniewicz, Ana Maria; Spiller, Andreia Pereira Marins; Fernandes, Leonardo Alexandre. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência.
A10	Pedro, Iara Cristina da Silva; Nascimento, Lucila Castanheira; Poleti, Livia Capelani; Lima, Regina Aparecida Garcia de; Mello, Débora Falleiros de; Luiz, Flávia Mendonça Rosa. Pling in the waiting room of an infant outpatient clinic from the perspective of children and their companion say.
A11	Schmitz, Silvana Machiavelli; Piccoli, Marister; Vieria, Claudia Silveira. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem.
A12	Martins, Maria do Rosário; Ribeiro, Circéa Amalia; Borba, Regina Issuzu Hirooka de; Silva, Conceição Vieira da. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico.
A13	Furtado, Maria Cândida de Carvalho; Lima, Regina Aparecida Garcia. Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem.
A14	Santos, Lúcia Maria Corsi Nunes dos; Borba, Regina Issuzu Hirooka de; Sabatés, Ana Llonch. A importância do preparo da criança pré-escolar para a injeção intramuscular com o uso do brinquedo.
A15	Ribeiro, Circéa Amalia. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem.

Foi elaborada uma ficha para levantamento de dados dos artigos selecionados. Após, foram definidas as categorias que emergiram pelo conteúdo abordado nos artigos selecionados e, por fim, a discussão dos resultados. Os aspectos éticos serão respeitados pela citação dos autores dos artigos buscados.

A caracterização das produções científicas apresenta-se em frequência absoluta, relativa e ilustrada, em forma de tabela e gráfico. A natureza e

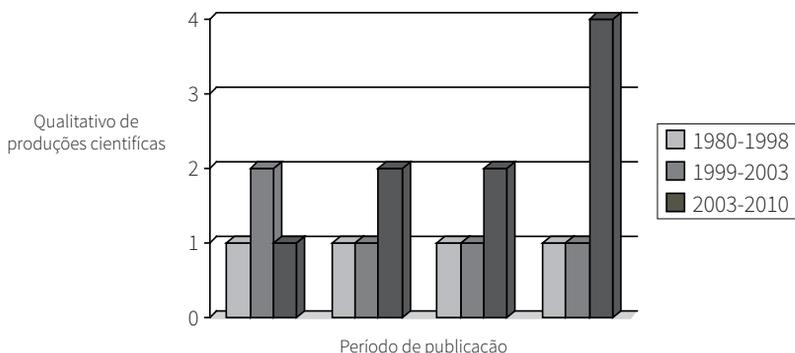
a tendência, por meio dos pressupostos da análise temática de conteúdo (BARDIN, 2009).

## RESULTADOS

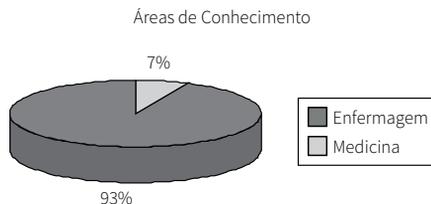
Na caracterização dos artigos analisados, a distribuição trienal das produções demonstra um crescimento expressivo a partir de 1999. Até então, não havia sido encontrada nenhuma publicação sobre essa temática, conforme representa o gráfico a seguir:

### Caracterização dos Artigos Analisados, segundo a Área de Conhecimento, Procedência do Estudo e Delineamento de Pesquisa (Lilacs Bdenf 1980-2010).

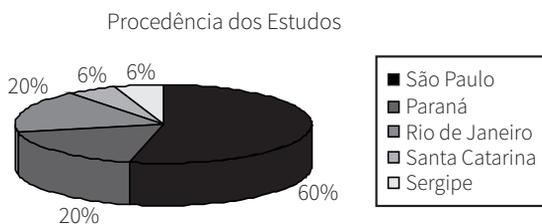
Distribuição trienal das produções científicas na temática do brinquedo como instrumento de cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. LILACS MEDLINE 1980-2010.



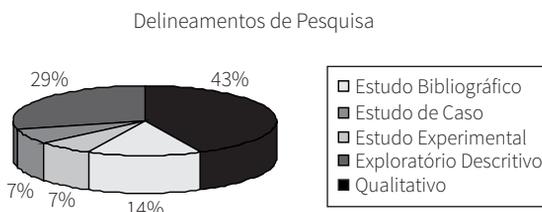
Quanto à área do conhecimento, os artigos foram classificados conforme critérios estabelecidos, apontando a enfermagem com 93%.



A procedência dos estudos indicou São Paulo com 54%.



Quanto ao delineamento de pesquisa, 43% dos estudos foram feitos por meio da pesquisa qualitativa.



Os artigos A1 e A13 enfatizam que brincar faz parte da assistência à criança hospitalizada, o hospital também se beneficia, uma vez que a visão corrente de que nele só existe dor, solidão, medo e choro, ou seja, apenas aspecto negativo, é relativizada.

Nos artigos A7 e A9, os autores ressaltam que o brincar possibilita o relacionamento da criança com seu próprio corpo e com o meio que a cerca, pois, no contexto hospitalar, as brincadeiras funcionam como um meio facilitador para o entendimento da condição em que se encontra – de paciente – e faz com que compreenda o mecanismo da doença e da cura.

A característica lúdica, terapêutica e educativa do brinquedo facilitou a comunicação, participação e motivação da criança em todo o seu processo de hospitalização, o que possibilita a manutenção da sua individualidade, aspecto que se fragiliza durante este processo. Esses resultados foram encontrados nos artigos A3, A4 e A10.

O artigo A2 buscou no Brinquedo Terapêutico (BT) a tecnologia de cuidado que considera o sensível e o necessário estabelecimento de vín-

culos entre a enfermeira e a criança vitimizada, o que é considerado como um desafio enfrentado para os profissionais de saúde.

A utilização do BT destacou-se nos artigos A6 e A11. Esses estudos mostraram que a utilização do brinquedo é fundamental durante a realização da visita pré-operatória de enfermagem, pois, enquanto brincam, as crianças podem expressar seus sentimentos quanto ao procedimento cirúrgico.

Os artigos A12 e A14 apontaram que a vacinação via intramuscular e a punção venosa apresentam uma menor frequência das reações quando as crianças são preparadas por meio do brinquedo. Além disso, comprovou que o brinquedo é um meio eficaz para minimizar os efeitos estressantes de um procedimento doloroso.

A promoção de brincar tem se mostrado uma ferramenta significativa para os profissionais de saúde, o que é destacado nos artigos A5, A8, A15. Esses artigos apontaram a integralidade da atenção, da aceitação e do tratamento como estabelecimento de caminhos que facilitam a comunicação entre criança, profissional e acompanhante, bem como a manutenção dos direitos da criança e a (re)significação da doença por parte dos sujeitos.

## **DISCUSSÃO**

O brinquedo na vida da criança é visto como uma forma de diversão, recreação e distração no cotidiano, além de representar um meio e alívio para as tensões impostas pela doença e hospitalização. A participação da criança durante uma brincadeira é essencial para seu desenvolvimento e reabilitação, já que minimiza o estado de tensão, medo, sofrimento ou privação (BORGES, 1999).

Nos artigos A1 e A13, foi constatado que a busca pela “humanização” do espaço hospitalar prevê o respeito, o estímulo e o resgate da dimensão saudável da criança, que, muitas vezes, pode ser traduzida pelo brincar, servindo como estímulo à imaginação, socialização e recreação durante as atividades de cuidado de enfermagem. O brincar proporciona à criança a possibilidade de explorar essas situações de maneira menos traumática, trabalhar as emoções difíceis e vivenciadas nesses momentos, além de

amenizar o tempo de espera, alterar positivamente o comportamento, valorizar o processo de desenvolvimento e melhorar a comunicação e a interação com os profissionais da saúde.

É preciso, entretanto, que exista uma estrutura física adequada do hospital aliada aos profissionais de saúde e à equipe gestora sensíveis para inclusão de novas estratégias de cuidado, a exemplo do brincar, a fim de humanizar assistência à saúde da criança.

Brincar pode ser classificado de várias formas, conforme a participação da criança na brincadeira, a atividade desenvolvida ou sua finalidade, o que se relaciona ao seu estágio de desenvolvimento e as funções do brinquedo: recreação, estimulação, socialização e dramatização de papéis, conflitos e catarse (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

O brincar no hospital conduz a criança a uma experiência que a faz sentir-se viva, mesmo em situação estressante ocasionada por uma doença. Essa vivência leva a criança a ganhos e perdas, crescimento e amadurecimento, sucessos e fracassos e mantém a evolução de seu processo de desenvolvimento (MELO, 2003).

Os artigos A7 e A9 mostram que o elo da comunicação entre a equipe de enfermagem e a criança promove um maior vínculo e auxilia a criança a dizer ou demonstrar o que está sentindo ou pensando. Os autores dos artigos também alertam as enfermeiras da unidade de que organizar um espaço arejado, não necessariamente grande, porém confortável e atraente para as crianças, com brinquedos educativos e variados para as diferentes faixas etárias, é importante para manter o seu desenvolvimento durante a internação.

O brinquedo é a atividade mais importante na vida da criança, e é fundamental para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É a forma pela qual ela se comunica com o meio em que vive e expressa, ativamente, seus sentimentos, suas ansiedades e frustrações. O brinquedo é tão importante que constitui a base da psicoterapia infantil, a ludoterapia (MARTINS et al., 2001). Os autores dos artigos também estabelecem a diferença entre a ludoterapia e o Brinquedo Terapêutico (BT).

O BT pode ser um facilitador para a enfermeira interagir com a criança e identificar os déficits de cuidado, conhecer os diferentes aspectos e fatores

que interferem em seu desenvolvimento, ultrapassando um cuidado fundado em necessidades biológicas (ROCHA; PRADO; KUSAHARA, 2005).

A Ludoterapia é reconhecida como uma técnica psicoterápica usada em crianças com distúrbios emocionais, neuróticos ou psicóticos. A sessão pode ser conduzida por psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro especializado, em um ambiente muito bem controlado (RIBEIRO, 1998).

Os artigos A3, A4 e A10 ressaltam que a enfermagem deve utilizar os brinquedos para auxiliar a criança hospitalizada a compreender a situação de mudança e também avaliar a compreensão sobre o momento pelo qual está passando.

No artigo A2, o BT serve como estímulo para a imaginação, socialização e recreação durante as atividades de cuidado de enfermagem às crianças. Ao brincar, a criança retoma o impacto vital, recupera-se fisicamente e mentalmente, bem como readquire autoconfiança e confiança nos profissionais. O BT pode ser utilizado com qualquer criança, desde que tenha o acompanhamento de um profissional de enfermagem. A sessão pode ser realizada em uma sala de brinquedo, no quarto da criança ou em qualquer área conveniente. A meta do BT é dar ao enfermeiro compreensão dos sentimentos e necessidades da criança. Proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar sua vida, seus sentimentos, diminui a ansiedade e pode ser utilizado para ajudá-la a reconhecer seus sentimentos, assimilar novas situações, compreender o que se passa no hospital e esclarecer conceitos errôneos.

Nos artigos A6 e A11, pode-se perceber que, após as sessões com BT, as crianças ficam mais calmas, relaxadas e descontraídas. Isso demonstra que seu uso é um importante meio de aproximação para os profissionais de saúde. Além disso, por meio do brinquedo, cria-se um elo com a criança e, quando ela toma conhecimento do que irá acontecer, passa a depositar confiança no profissional, e o vínculo é estabelecido.

Ao brincar, a criança elabora a experiência de sua hospitalização, o que permite dar sentido a essa redução da angústia, e a reorganização de sentimentos tranquiliza a criança, pois a ajuda a perceber o que ocorre consigo. O brincar facilita a interação, pois remete ao prazer e à alegria.

É um instrumento facilitador da comunicação que possibilita a troca de informações referentes ao adoecimento e tratamento (MELO, 2003).

As relações que ocorrem dentro do ambiente hospitalar irão influenciar diretamente o tratamento da criança. A alegria é importante, pois ajuda a superar obstáculos, facilita a recuperação e adaptação ao ambiente hospitalar. Assim, o brincar, para a assistência de enfermagem, constitui-se como um facilitador do trabalho diário, principalmente pelos efeitos positivos no estado de humor da criança após as brincadeiras (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

Os artigos A12 e A14 tiveram como objetivo compreender e comparar os efeitos e reações das crianças a partir da utilização do BT nas situações de vacina intramuscular e punção venosa. De acordo com os artigos, as crianças têm o direito de brincar, pois a brincadeira faz parte de suas vidas, e privá-las disso é o mesmo que privá-las da oportunidade de crescer e de se desenvolver com saúde.

A hospitalização, sem dúvida, causa sofrimento à criança, o que não pode ser evitado, mas a utilização do brinquedo é uma forma de amenizar tal sofrimento, uma vez que ele permite que ela extravase os sentimentos advindos da hospitalização (RIBEIRO; ÂNGELO, 2005).

Os artigos A5, A8 e A15 ressaltam a importância de motivar os enfermeiros que ainda não estão familiarizados com o brinquedo. Na prática, há evidências de que o brinquedo é eficaz no que se refere aos cuidados com a criança em tratamento de saúde. Outra questão que comprova a importância e eficácia do brinquedo é o interesse de pesquisadores por esse assunto.

Nesse contexto, o enfermeiro é o profissional mais habilitado para estimular e realizar o cuidado por meio do brinquedo, em especial, por estar diretamente em contato com a criança e sua família. Além de ensinar e estimular os familiares a utilizarem mais as atividades lúdicas no cuidado da criança, o que ameniza o estresse da hospitalização.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização dessa revisão permitiu, por meio das leituras, observar que o brinquedo e o contato da criança podem e devem ser objetos de outros

estudos para possibilitar aos profissionais um maior entendimento e compreensão na arte de cuidar. Cabe salientar, também, que os estudos sobre o brincar e o brincar podem ser temas utilizados para dar voz às crianças.

Devido ao sofrimento físico, psicológico e à grande despersonalização que a criança sofre em decorrência da hospitalização, ela precisa expressar seus desejos, ansiedades e frustrações dentro da pediatria, e a melhor maneira de conseguir isso é por meio da brincadeira, que é a forma mais natural de psicoterapia. O BT é importante, também, porque ajuda a criança a descarregar sua tensão, pois ela recebe explicações sobre os procedimentos a que será submetida, o que pode diminuir a ansiedade e reorganizar sua vida, seus sentimentos e compreender o que se passa dentro do hospital.

Uma vez que a criança hospitalizada entra em contato com o brincar, estará explorando, sentindo, experimentando essa nova realidade de maneira menos estressante. Quando o ambiente hospitalar é preparado de forma criativa, alegre e carinhosa, estimula a criança a desenvolver relações interpessoais, além de favorecer os sentimentos de realização, competência e independência, o que contribui para melhorar a sua autoestima e auxiliar no enfrentamento da doença e da hospitalização.

O brincar é um fenômeno natural e universal do homem, e acompanha-o em sua evolução histórica e atual. O valor dessa atividade no desenvolvimento da criança tem sido cada vez mais reconhecido.

Diante do exposto, o ambiente hospitalar tem influência significativa no tratamento da criança, pois o sofrimento durante a internação é um fato incontestável. Assim, o brincar apresenta-se como alternativa para amenizar o medo, a ansiedade e as angústias vivenciados pela criança durante a hospitalização. É um facilitador para a equipe multiprofissional no que se refere à assistência prestada ao paciente.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. de A.; SABATÉS, A. L. **Enfermagem Pediátrica**: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri: Manole, 2008.

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

BORGES, L. M. Manejo da dor pediátrica. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Dor**: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)** - Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. 2. ed. Atualiz. Brasília. Ministério da Saúde, 2005b. 114 p. (Série E. Legislação da Saúde-MS). Disponível em: <<http://editora.saude.gov.br/>>. Acesso em: out. 2011.

HENRIQUES, D. C.; CAIRAS, F. M. **A criança hospitalizada**: Manual de orientação aos pais. Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1QodvGi>>. Acesso em: 04 out. 2011.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Estud. psicol**, Natal, v. 8, n.1, p. 193-197, jan./abr. 2003.

MARTINS, M. R. et al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 76-78, mar. 2001. Disponível em: <<http://bit.ly/1HqMxlz>>. Acesso em: 2 out. 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MELO, L. L. **Do vivendo para brincar ao brincando para viver**: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2003.

OLIVEIRA, R. de; OLIVEIRA, I. C. dos S. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 230-236, jun. 2008.

RIBEIRO, C. A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 73-79, abr. 1998.

RIBEIRO, C. A.; ANGELO, Margareth. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Rev. esc. Enfermagem**, v. 39, n. 4, 2005.

ROCHA, P. K.; PRADO, M. L. do; KUSAHARA, D. M. O brinquedo terapêutico como um modo de cuidar de crianças vítimas de violência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 171-176, 2005.

SOUZA, M. L et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005.



# IMPLICAÇÕES DA UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA HOSPITALIZADA: REVISÃO INTEGRATIVA

---

Jéssica Torres Grasel  
Hilda Maria Barbosa de Freitas  
Circéa Amália Ribeiro  
Crhis Netto Brum  
Rosiane Filipin Rangel

## RESUMO

Com esta pesquisa, pretendeu-se avaliar as evidências disponíveis nos artigos científicos sobre a utilização do Brinquedo Terapêutico (BT) no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. Utilizou-se a revisão integrativa, com busca nas bases de dados PUBMED, LILACS e CINAHL. Buscaram-se artigos publicados no período de 1990 a 2011, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram identificados 451 artigos, dos quais nove atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Destes artigos, quatro apresentaram nível de evidência 2 e cinco artigos, nível de evidência 6. Na análise dos trabalhos, destacou-se que 88,88% das pesquisas estudadas eram referentes à avaliação do BT como facilitador no processo de hospitalização da criança e auxiliar no preparo de procedimentos terapêuticos. O BT proporciona à família e à criança um momento de conforto, pois minimiza as tensões geradas pela internação.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem. Brinquedo Terapêutico. Criança hospitalizada. Saúde da criança.

## INTRODUÇÃO

A criança é um ser em formação, conforme sua faixa etária, o que é essencial para o seu crescimento e desenvolvimento, bem como para que se sinta segura e protegida no ambiente em que vive. Independente dos diversos cenários de cuidado à criança, o brincar é uma atividade inerente ao comportamento infantil e essencial ao bem-estar (MEDEIROS; MOTTA, 2008).

A necessidade de brincar não deve ser esquecida quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas. O brincar desempenha papel importante, pois quando brinca, a criança torna-se criativa e reinventa o mundo, desenvolve a afetividade e, por meio do mundo mágico, explora seus próprios limites. Brincar é um aspecto primordial para a criança e, assim como as necessidades do seu desenvolvimento, a necessidade do brincar não para quando a criança adoece ou é hospitalizada (KICHE; ALMEIDA, 2009).

O brinquedo funciona como recurso facilitador da intervenção de enfermagem. É um recurso lúdico, que representa não apenas um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas uma alternativa educacional, pois colabora efetivamente no desenvolvimento físico, emocional, mental e social da criança, além de ajudar a lidar com a experiência e dominar a realidade (FONTES et al., 2010).

Doença e hospitalização, geralmente acompanhadas de procedimentos invasivos e dolorosos, constituem experiências altamente estressantes para a criança (GOMES et al., 2011). Dessa forma, para melhor esclarecimento sobre o processo de hospitalização e compreensão dessas angústias e tensões da criança e do familiar, a equipe de enfermagem deve utilizar estratégias inovadoras que contemplem o brinquedo como um valioso instrumento de cuidado e de comunicação, de forma a desenvolver competências específicas na atuação da enfermagem, além de propiciar novos espaços e práticas no cuidado à criança hospitalizada (BACKES; ERDMANN, 2009).

Para tanto, o Brinquedo Terapêutico (BT) é um importante instrumento de intervenção no preparo para procedimentos com a criança, pois se trata de um brinquedo estruturado que auxilia no preparo da criança

para procedimentos invasivos, bem como procedimentos terapêuticos. Tem como objetivo favorecer a compreensão do tratamento, esclarecer os conceitos errôneos e propiciar maior aceitação e cooperação pela criança e pelo familiar, como também uma possibilidade de comunicação entre a equipe e a criança (RIBEIRO; BORBA; REZENDE, 2009). Esse tipo de assistência é recomendado e regulamentado pelo Conselho Federal de Enfermagem, na Resolução n. 295 de 24 de outubro de 2004 (CONSELHO, 2004).

O BT é uma ferramenta fundamental para os profissionais da área da saúde que trabalham em unidades pediátricas, visto que, além de ajudar no tratamento, é uma prática integradora entre as outras pessoas e o meio ambiente. Além disso, possibilita a criação do vínculo entre a criança, o profissional de enfermagem e o familiar/acompanhante, e é considerado um instrumento que favorece a recreação, a estimulação, a socialização, a autonomia e a criatividade da criança (BAZONI; RIBEIRO; HIROOKA, 2011).

No hospital, o brinquedo deve ser incorporado de forma sistemática na assistência diária. Deve ser utilizado para recrear, estimular, socializar e para cumprir a função terapêutica (ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011). Nesse contexto, destaca-se a relevância da formação dos profissionais de enfermagem, que, durante a vida acadêmica, devem ser preparados para cuidar da criança, reconhecer as diferentes fases da infância, saber utilizar o brinquedo como ferramenta de trabalho aliado ao cuidado de enfermagem.

O enfermeiro precisa conhecer a complexidade do cuidado destinado à criança. É importante não apenas conhecer as possibilidades de tratamento e orientações específicas a sua patologia, mas também promover medidas que facilitem a adaptação da criança diante da doença e hospitalização. Além disso, o enfermeiro pediatra deve ampliar sua visão sobre o valor do cuidado da criança hospitalizada e respeitar sua singularidade.

Com base no exposto e na expectativa de possibilitar novos olhares interativos e comprometidos com a criança em seu contexto real e concreto, objetiva-se, com este estudo, analisar as evidências disponíveis na literatura científica sobre a importância da utilização do BT no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.

## METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que pode ser definida como um método em que pesquisas anteriores são sumarizadas e conclusões são estabelecidas, considerando o delineamento das pesquisas avaliadas. Esse tipo de revisão possibilita uma síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Para a elaboração deste estudo, foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema, seleção da questão de pesquisa e definição dos objetivos, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, estabelecimento das informações a serem extraídas dos artigos, avaliação das evidências e análise, discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: Como o brinquedo terapêutico é utilizado para o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada? Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa com a temática BT como cuidado de enfermagem à criança hospitalizada; artigos *on-line* disponíveis na íntegra; artigos em idioma inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. O recorte temporal inicial utilizado foi o ano de 1990, em virtude do início da implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no país, o qual proporcionou mudanças no cuidado a essa clientela.

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas bases de dados National Library of Medicine (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Foi preenchido o formulário avançado com as seguintes palavras: [(“CRIANÇA”) e (“JOGOS E BRINQUEDOS”) ou (“LUDOTERAPIA”) e (“CRIANÇA HOSPITALIZADA”)]. O levantamento dos estudos ocorreu em setembro de 2012.

Foram encontrados 451 estudos. A seleção das pesquisas foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e resumos, os quais foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, totalizando nove artigos na íntegra, sendo seis artigos selecionados do PUBMED, dois artigos do LILACS e um do CINAHL.

Para extração das informações desses artigos, foram contemplados os seguintes itens: identificação do artigo, características metodológicas, avaliação do rigor metodológico, intervenções estudadas e resultados (URSI; GALVÃO, 2006). Para caracterização da produção, foi aplicada uma ficha de análise documental com os itens: ano, país e procedência do estudo.

Os estudos foram analisados conforme a classificação hierárquica das evidências a partir dos sete níveis (GALVÃO; SAWADA, 2005). Para discutir os resultados, foram observadas as convergências e divergências existentes sob a ótica de diferentes autores. Para apresentação da caracterização da produção foi utilizada frequência relativa e absoluta.

## RESULTADOS

Quanto à caracterização dos artigos analisados, no que se refere ao ano de publicação, dos nove artigos analisados, um (11,11%) foi publicado no ano de 2001, dois (22,22%) no ano de 1998, dois (22,22%) no ano de 2007, dois (22,22%) em 2008 e dois (22,22%) no ano de 2010. Quatro (44,44%) eram originários do Brasil, três (33,33%) da China e um (11,11%) do Líbano. Em relação à procedência dos estudos, cinco foram realizados no Brasil (55,55%), três na China (33,33%) e apenas um no Líbano (11,11%). Os artigos selecionados foram divulgados em oito periódicos diferentes, sendo três nacionais (37,5%) e cinco internacionais (62,5%).

Do total dos nove artigos, em cinco (55,55%) foi utilizada a abordagem metodológica qualitativa, destes, três foram estudos descritivos; um foi elaborado segundo o método fenomenológico e em outro se utilizou como método de estudo o Interacionismo Simbólico como referencial teórico e Interacionismo Interpretativo como metodológico. Quatro (44,44%) estudos tiveram o enfoque quantitativo, os quais utilizaram estudos clínicos randomizados como método de estudo.

Pela força das evidências, constataram-se quatro artigos com nível de evidência 2 e cinco artigos com nível de evidência 6. O nível 2 apresenta evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado con-

trolado e bem delineado, e o nível 6 aponta as evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo (GALVÃO; SAWADA, 2005).

**Quadro 1** - Os dados apresentam os artigos classificados.

Título	Intervenção	Resultados	Nível de Evidência	Metodologia
1) A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: estudo qualitativo.	Compreender a vivência da família na doença e hospitalização da criança e identificar o que provoca no sistema familiar.	Permitiu identificar que a doença e hospitalização trouxeram consequências ao sistema familiar, como a separação dos outros membros, experimentar sentimentos e mudanças relacionadas ao seu trabalho profissional, modificações de papéis e funções de seus membros, precisando de ajuda e de apoio.	6	Descritivo
2) O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem.	Compreender o significado da experiência para esta estudante.	A acadêmica observou mudanças no comportamento da criança após a utilização do BT, percebendo que não só a enfermeira aprovou a assistência prestada, mas também os outros profissionais da unidade. Considerou a experiência muito válida e referiu que em sua vida profissional futura pretende utilizar o brinquedo terapêutico na assistência à criança.	6	Qualitativo/ Fenomenologia

<p>3) Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada.</p>	<p>Verificar os benefícios da utilização do brinquedo terapêutico durante o cuidado realizado pelos acadêmicos de enfermagem à criança hospitalizada.</p>	<p>A utilização do BT auxiliou na minimização das tensões geradas pela internação e mudança de ambiente pelo que a criança passa, transmitindo segurança e conforto, aceitando com menos temor os procedimentos realizados.</p>	<p>6</p>	<p>Descritivo</p>
<p>4) Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico.</p>	<p>Propor um modelo de protocolo, com a utilização do brinquedo terapêutico, para o preparo da criança pré-escolar que será submetida à punção venosa.</p>	<p>Houve um efeito positivo do uso do brinquedo no preparo para a punção venosa, mudando o relacionamento da criança com os funcionários e com as demais crianças internadas, conseguido entender a técnica, da punção.</p>	<p>6</p>	<p>Descritivo</p>
<p>5) Brinquedo terapêutico: benefícios vivenciados por enfermeiras na prática assistencial à criança e família.</p>	<p>Apresentar e discutir os benefícios do BT vivenciados por enfermeiras que o utilizam na sua prática assistencial à criança e família.</p>	<p>Prepara a criança e sua família para os procedimentos, percebendo que a criança sente-se mais segura, promovendo o bem-estar da criança, esquecendo-se do ambiente hospitalar. Promove o desenvolvimento e a socialização. Auxilia na relação com a família, formando vínculo.</p>	<p>6</p>	<p>Qualitativo/ Interacionismo Simbólico foi o referencial teórico, Interacionismo/ Interpretativo foi o referencial metodológico.</p>

<p>6) Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon.</p>	<p>A utilização do BT na forma de teatro de fantoches interativos para o preparo de crianças pré-escolares antes da cirurgia.</p>	<p>As crianças pré-escolares que participaram da demonstração de fantoche especificamente relacionado à hospitalização e cirurgia mostram menos ansiedade do que aquelas crianças que recebem atendimento de rotina do hospital sem preparo.</p>	<p>2</p>	<p>Estudo Clínico Randomizado</p>
<p>7) Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled.</p>	<p>Examinar a eficácia e adequação do uso do brinquedo terapêutico para preparar as crianças para a cirurgia.</p>	<p>Os resultados mostraram que as crianças e pais do grupo experimental relataram escores significativamente mais baixos do estado de ansiedade no período pré-operatório e no pós-operatório, do que as crianças do grupo de controle.</p>	<p>2</p>	<p>Estudo Clínico Randomizado</p>
<p>8) Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery.</p>	<p>Examinar os efeitos do brinquedo terapêutico sobre os resultados das crianças submetidas à cirurgia de dia.</p>	<p>Confirmou que as crianças do grupo experimental relataram menores escores de ansiedade do que as crianças do grupo controle, tanto dos períodos pós-intervenção e pós-operatório.</p>	<p>2</p>	<p>Estudo Clínico Randomizado</p>

<p>9) Psycho-educational preparation of children for surgery: The importance of parental involvement.</p>	<p>Analisar os efeitos da intervenção do brinquedo terapêutico sobre os resultados das crianças submetidas à cirurgia de dia, e para destacar a importância do envolvimento dos pais na preparação.</p>	<p>Os resultados indicaram que houve um aumento estatisticamente significativo para o tempo nos escores de ansiedade no estado de crianças e pais de ambos os grupos ao longo de três períodos de tempo.</p>	<p>2</p>	<p>Estudo Clínico Randomizado</p>
---	---	--	----------	-----------------------------------

## DISCUSSÃO

O estudo 1 teve como participantes os familiares das crianças e as crianças hospitalizadas que tinham condições de brincar. As estratégias adotadas para a coleta de dados foram: sessão de BT dramático e entrevista semiestruturada.

O resultado evidenciado no artigo permitiu identificar que a doença e hospitalização trouxeram consequências ao sistema familiar, ocasionadas pela necessidade de prestar cuidados à criança doente e desenvolver habilidades sobre os cuidados necessários para o tratamento. A família acaba por vivenciar a separação dos outros membros, experimenta sentimentos e mudanças significativas relacionadas ao seu trabalho profissional e na estrutura familiar com modificações de papéis e funções de seus membros. Nesses casos, foi necessário o apoio e a ajuda dos próprios familiares, amigos, acompanhantes de outras crianças hospitalizadas e profissionais de saúde.

Quando uma criança adoece, toda a família fica envolvida no processo. Sempre existirá a necessidade de ajustes e de adaptações na dinâmica do modo de ser dessa família, visando ao novo equilíbrio familiar (ROSSI; RODRIGUES; BENEDITA, 2010).

O hospital, por ser um ambiente desconhecido, pode gerar medo e ansiedade, o que leva a criança e seu familiar cuidador a apresentarem novas

necessidades sociológicas, físicas e afetivas, pois a hospitalização tende a ser percebida como uma experiência negativa. Nesse contexto, os profissionais da enfermagem devem ser fonte de apoio e atender à díade família e criança, de forma a conhecer as possibilidades de ajudar esse familiar e/ou possibilitar que ele usufrua de uma rede própria de apoio (GOMES et al., 2011).

No estudo 2, buscou-se compreender o significado da experiência da utilização do BT à criança hospitalizada para os alunos de graduação em enfermagem. As dificuldades encontradas pelos acadêmicos estavam relacionadas aos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem à criança que não aceitava a realização dos procedimentos, uma vez que a falta de material disponível e a inexistência de espaço apropriado eram constantes. A partir das sessões do BT, a acadêmica observou mudanças no comportamento da criança e constatou que não só a enfermeira aprovou a assistência prestada, mas também os outros profissionais da unidade. Considerou a experiência muito válida e referiu que em sua vida profissional futura pretende utilizar o brinquedo terapêutico na assistência à criança.

As experiências com esse elemento terapêutico revelam que a equipe de enfermagem deve trabalhar nessa perspectiva, ou seja, utilizar-se da capacidade lúdica da criança, proporcionada pelo brinquedo e adotar, mediante instrumentalização, um recurso a mais no seu fazer diário, por ser relevante no desenvolvimento de uma assistência de enfermagem de qualidade junto à criança hospitalizada (AZEVEDO et al., 2007).

O emprego do BT no estudo 3 permitiu verificar os benefícios da utilização dessa prática durante o cuidado realizado pelos acadêmicos de enfermagem à criança hospitalizada. Entre os benefícios apontados no artigo, o uso do BT minimizou as tensões geradas pela internação e mudança de ambiente pelos quais a criança passa, transmitiu segurança e conforto, o que proporcionou uma melhor aceitação dos procedimentos realizados durante a hospitalização. O resultado do uso do brinquedo durante os cuidados de enfermagem permitiu estimular a criança a manter sua capacidade física e diminuir a hostilidade do ambiente.

Embora se fundamente na ludoterapia, o BT difere desta, uma vez que é indicado para qualquer criança que viva experiências atípicas à sua

idade e que podem ser ameaçadoras, como a hospitalização. Nesse caso, a proposta terapêutica, a partir das atividades lúdicas no ambiente de internação pediátrica, pode influenciar positivamente no restabelecimento físico e emocional da criança, além de proporcionar a ela um meio sustentável de aceitação, criação e aprendizagem, o que acelera sua recuperação (AZEVEDO et al., 2007; FRANCISCHINELLI et al., 2012).

Assim como no estudo 3, no estudo 5, constatou-se que, quando existe a utilização do BT no cuidado de enfermagem à criança e sua família, estas ficam mais bem preparadas para os procedimentos, o que faz com que ambas esqueçam o ambiente em que se encontram. Além disso, constatou-se que o medo da criança diminui, a relação dela com a família melhora, além de favorecer o desenvolvimento e a socialização. A realização do estudo foi bastante gratificante para os autores, além de trazer realização pessoal, pois, ao utilizar um instrumento valioso no processo de hospitalização da criança, foi possível entender melhor os sentimentos dela e formar vínculos.

Outro aspecto marcante no transcorrer da análise dos estudos, encontra-se no estudo 4, em que a criança havia conseguido entender a necessidade da punção e também a técnica, a partir da demonstração que se realizou no boneco. Isso comprova que houve um efeito positivo do uso do brinquedo no preparo para a punção venosa. Além disso, foi constatado que melhorou o relacionamento da criança com os funcionários e com as demais crianças internadas na unidade.

A hospitalização de uma criança pode acarretar sofrimentos, distúrbios e sequelas em longo prazo quando não recebe o preparo prévio para a hospitalização e o tratamento a ser realizado. Desse modo, o BT é utilizado com frequência na dramatização de papéis e conflitos, o que favorece a catarse, ou seja, o alívio e a purificação do indivíduo (FRANCISCHINELLI et al., 2012).

Evidencia-se, dessa forma, a função curativa do BT, pois a criança, ao repetir no brinquedo todas as situações geradoras de estresse, compreende o que deve esperar e como agir durante o procedimento. Ao manipular os objetos da experiência antes e após, a criança alivia sua ansiedade (ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011).

O estudo 6, realizado em um hospital do Líbano, usou o BT na forma de teatro de fantoches interativo. A demonstração teatral foi administrada a 50 crianças pré-escolares um dia antes da cirurgia, e um grupo de controle de 50 crianças pré-escolares recebeu cuidados de rotina, mas nenhuma o método terapêutico. Utilizou-se nesse estudo duas ferramentas para coletar os dados: a Escala Manifesto virado e a Escala de Cooperação, que avaliam as respostas comportamentais de internação antes da cirurgia. Observou-se que o grupo de crianças que recebeu o BT estava mais calmo, porém não mais cooperativo que o grupo de controle. A pressão arterial sistólica e medições de frequência cardíaca não foram significativamente diferentes entre os dois grupos no momento de admissão.

Ao comparar o estudo anterior ao estudo 7, que utilizou o estudo clínico randomizado, obteve-se como resultados que as crianças e os pais do grupo experimental relataram escores significativamente mais baixos do estado de ansiedade no período pré-operatório e no pós-operatório do que as crianças do grupo de controle. Além disso, os resultados mostraram que os pais do grupo experimental apresentaram níveis significativamente mais elevados de satisfação do que os pais do grupo de controle.

Após serem avaliados pelos mesmos autores, os estudos 8 e 9 também confirmaram que as crianças do grupo experimental relataram menores escores de ansiedade do que as crianças no grupo controle, tanto no período de pós-intervenção como também no pós-operatório. Porém, no estudo 9, os resultados indicaram que a ansiedade dos pais, associada à ansiedade de seus filhos, estava elevada. Contudo, as crianças que receberam a intervenção do BT demonstraram-se mais seguras e menos ansiosas em relação as intervenções.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Identificou-se, com este estudo, que dos nove artigos encontrados, oito (88,88%) eram referentes à avaliação do BT como facilitador no processo de hospitalização da criança e como auxiliar no preparo de procedimentos terapêuticos. A utilização do BT proporciona à família e à

criança uma situação mais confortável, pois minimiza as tensões ocasionadas pela internação, transmite segurança, o que faz com que a criança aceite os procedimentos realizados durante a hospitalização.

Foram encontradas lacunas de conhecimento relacionadas à ausência da percepção de outros profissionais da área da saúde, como uma equipe multiprofissional, uma vez que estes também trabalham em prol da saúde da criança. A saúde da criança não está apenas no cuidado de enfermagem, mas também no cuidado integral do processo saúde e doença dos vários profissionais atuantes. Diante disso, é necessário investir em estudos que abordem o BT, pois, apesar de ser um assunto incipiente, apresenta relevância para o cuidado de enfermagem, visto que auxilia na promoção, prevenção e reabilitação da saúde da criança.

O profissional de enfermagem precisa utilizar-se desse instrumento de cuidado como uma estratégia inovadora no fazer do enfermeiro, a fim de ampliar e aprimorar seu conhecimento sobre a utilização do BT no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.

## REFERÊNCIAS

ARTILHEIRO, A. S.; ALMEIDA, F. de A.; CHACON, J. M. F. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré- escolares para quimioterapia ambulatorial. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 611-6, 2001.

AZEVEDO, D. M. et al. O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 3, p. 335-341, jul./set. 2007.

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 2, p. 242-248, jun. 2009.

BAZONI, S. M. E.; RIBEIRO, C. A.; HIROOKA; de B. R. I. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rev. Esc Enfermagem**, USP, v. 45, n. 4, p. 839-846, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência prestada à criança hospitalizada. Resolução n. 295, de 24 de outubro de 2004. **Revista COREN** – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 54:18, 2004.

FONTES et al. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Ed. Esp**, Marília, v. 16, n. 1, p. 95-106, jan./abr. 2010.

FRANCISCHINELLI, A. G. B.; ALMEIDA, F. de A.; FERNANDES, D. M. S. O. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 18-23, 2012.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. A liderança como estratégia para a implementação da prática baseada em evidências. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre - RS, v. 26, n. 3, p. 293-301, 2005.

GOMES et al. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Rev. enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 64-69, jan./mar. 2011.

KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. de A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009.

MEDEIROS, H. M. F.; MOTTA, M. G. C. Existir de crianças com aids em casa de apoio: compreensões à luz da enfermagem humanística. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre - RS, v. 29, n. 3, p. 400-7, set. 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1JJQU1w>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1JFcvK2>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; REZENDE, M. A. O Brinquedo na Assistência à Saúde da Criança. In: FUJIMORI, Elizabeth; OHARA, Conceição Vieira da Silva (Org.). **Enfermagem e a Atenção Primária à Saúde da Criança**. Barueri-SP: Manole, 2009.

ROSSI, C. S.; RODRIGUES, D.; BENEDITA, M. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. **Acta paul. enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 640-645, 2010.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124-131, jan. 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1FRJvYn>>. Acesso em: 10 jan. 2010.



# PAIS VIVENCIANDO O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER NO FILHO

---

Franciéli Fontoura Schirmann  
Jean Pierre Paraboni Ilha  
Hilda Maria Barbosa de Freitas  
Adriana Dall' Asta Pereira  
Simone dos Santos Nunes

## RESUMO

Nesta pesquisa, objetivou-se compreender como os pais vivenciam a doença hemato/oncológica do filho. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Fizeram parte das entrevistas seis mães de crianças em tratamento de doença hemato/oncológica, no domicílio dessas mulheres, que aceitaram participar do estudo, no período de março a maio de 2012. A amostra foi intencional, com a utilização da técnica de “bola de neve”. Os critérios de inclusão foram: criança em processo de tratamento, na residência mediante a presença dos laços afetivos constituídos desde o seu nascimento. Os dados foram compreendidos pelo método de análise de conteúdo. Todas as mães estavam na faixa etária de 30 anos e com uma média de dois filhos cada, todas casadas e trabalhando antes da doença do filho. A primeira reação das mães diante da revelação de câncer no filho foi impactante e, a princípio, negaram o diagnóstico. No entanto, elas precisavam mostrar-se fortes, como forma de apoio à criança, apesar da tristeza que vivenciavam. Afirmaram a importância da presença e do cuidado da equipe de enfermagem. Nesse contexto, compete aos profissionais de enfermagem conhecer, incluir e ajudar a família a construir bases seguras para o cuidado da criança, uma vez que influenciam positivamente sobre a doença.

**Palavras-chave:** Câncer infantil. Criança. Pais. Cuidado de Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Câncer é o nome designado a um conjunto de mais de 100 doenças que crescem desordenadamente, invadindo tecidos e órgãos. Pode espalhar-se para outras regiões do corpo, apresenta alta prevalência e está associado rotineiramente a dor, sofrimento e morte. No Brasil, as estimativas da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS para 2011, apontam uma ocorrência de 489.270 novos casos de câncer (BRASIL, 2008).

O câncer infantil apresenta números significativos. São estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), 9000 casos por ano no Brasil, o que representa a segunda causa de mortalidade infantil. Os tipos mais comuns são as leucemias, os tumores cerebrais, os linfomas, tumores dos rins, sarcomas, entre outros. O tratamento do câncer nessa classe progrediu nas últimas décadas, e os números mostram que em torno de 70% das crianças acometidas pela doença alcançam a cura (BRASIL, 2007).

O diagnóstico do câncer infantil gera um impacto emocional e familiar, o que acarreta inúmeras mudanças na dinâmica da criança. Entre as alterações do cotidiano estão as frequentes hospitalizações, terapêutica agressiva, separação dos demais membros da família, mudanças nas atividades e rotinas desenvolvidas pela criança, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento, dúvidas e medo em relação à morte (NASCIMENTO et al., 2005; SILVA et al., 2009).

O câncer infantil, comparado com o adulto, é raro e, em torno de dois a três por cento dos casos, é maligno. Os tumores pediátricos tendem a apresentar períodos de menor latência, crescem rapidamente, são mais agressivos e invasivos, porém se obtém uma resposta positiva diante do tratamento quimioterápico, o que faz com que sejam considerados de bom prognóstico (BRASIL, 2008).

A presença da família durante a hospitalização é primordial, pois esta representa apoio e referência à criança. Os pais assumem os cuidados diários no âmbito hospitalar, o que favorece a adaptação, transpõe segurança, promove aceitação, além do êxito terapêutico (LIMA; PORTUGAL, 2009).

O direito de acompanhamento integral durante a hospitalização é tutelado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Na maioria dos casos, quem acompanha a criança é a mãe, pois a criança necessita de atenção especial, além de cuidados humanizados da enfermagem (BRASIL, 1990; OLIVEIRA; COSTA; NOBREGA, 2006).

O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica se define por ações especializadas nas diversas fases do tratamento da criança e dos cuidados à sua família, bem como a manutenção do bem-estar, uma vez que se compreende ser a família parte integrante e fundamental para a promoção da saúde (LIMA; PORTUGAL, 2009).

A assistência prestada à criança com câncer vem sendo modificada ao longo dos últimos anos. Tratava-se de uma abordagem tradicional, em que o cuidado se fundamentava exclusivamente nas necessidades da doença hemato/oncológica, e evoluiu para cuidados com direito a acompanhamento da família. O papel da enfermagem junto aos familiares é também proporcionar um ambiente agradável à criança, a fim de amenizar todo o sofrimento causado pela doença (LIMA; PORTUGAL, 2009).

Na Oncologia Pediátrica, o enfermeiro deve ter conhecimento clínico que envolve a fisiopatologia dos diferentes tipos de câncer, bem como as modalidades de tratamento. Além disso, deve prestar um cuidado humanizado à criança e à sua família, ter compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento infantil para que seja competente ao assistir e cuidar a criança com câncer e para que possa discutir junto à equipe médica as diferentes abordagens no tratamento deste paciente (BOROWSKI et al., 2009).

A enfermagem em oncologia pediátrica abrange diversas áreas de atuação, como a prevenção, o planejamento e a implementação de intervenções relacionadas à família e ao paciente, bem como a atualização de conhecimentos técnico-científicos, aplicando-os junto à clientela por meio de uma equipe multidisciplinar. É desafiadora a assistência prestada às crianças e a suas famílias, uma vez que tal enfermidade causa sentimentos de dor e sofrimento para os que a vivenciam (SMELTZER; BARE, 2005).

A profissão na área da enfermagem tem como objetivo o cuidado com o paciente, o que exige o aprofundamento dos estudos no trato com

crianças em estado de risco de vida. Assim, para que se possa, principalmente, auxiliar os pais nos casos de enfermidade de seus filhos diante dos diagnósticos de doenças hemato/ontológica, o trabalho adequado de toda equipe e em particular os procedimentos da enfermagem são de suma importância no processo de recuperação e cura do paciente.

Nesse viés, a relevância deste estudo resume-se no fato de que a presença e o cuidado da enfermagem podem auxiliar de forma preponderante o paciente e os pais no decurso do enfrentamento desta patologia e, por conseguinte, no processo de amenização das angústias/medos e traumas, diante da faticidade da morte, quando se trata desta modalidade patológica.

Em linhas gerais, a pesquisa justifica-se pela relevância da temática para as crianças com câncer e seus pais, uma vez que pode trazer resultados que ajudem no entendimento desse fenômeno na trajetória de vida de ambos, além de auxiliar na compreensão do tratamento. Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar outras possibilidades de atenção aos pais e às crianças em tratamento do câncer, de modo a direcionar e qualificar o cuidado no âmbito da enfermagem.

Na ótica da saúde, acredita-se na possibilidade de a enfermagem promover inter-relações por meio de padrões fundamentais do seu saber, os quais poderão auxiliar na produção do novo conhecimento nos diferentes cenários de cuidado e saúde em que a enfermagem está inserida. Além disso, pode subsidiar maiores estudos sobre a temática e proporcionar aos acadêmicos de enfermagem conhecimentos que auxiliem no enfrentamento e recuperação da criança e dos pais, já que estes também adoecem.

Dessa forma, nesta pesquisa, objetivou-se compreender como os pais vivenciam a doença hemato/oncológica do filho.

## **METODOLOGIA**

Este estudo fundamenta-se na pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa. A investigação descritiva e exploratória compreende a etapa de construção do projeto, a escolha do tópico de investigação, a delimitação do problema, a definição do objeto e dos objetivos, a cons-

trução de hipóteses e do marco teórico-conceitual, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2010).

O objetivo da pesquisa qualitativa não é medir, quantificar ou controlar o contexto vivido pelo indivíduo, mas, sim, captá-lo e aprendê-lo, subjetiva e objetivamente, para, então, realizar a compreensão e interpretação das vivências e experiências pessoais (POLIT; BECK, 2011).

Este trabalho foi desenvolvido com a participação de seis mães de crianças em tratamento de doença hemato/oncológica. A coleta de dados aconteceu no domicílio das famílias, no período de março a maio de 2012, por meio de entrevista com a seguinte questão norteadora: Como você vivencia a doença hemato/oncológica do seu filho?

A partir da entrevista, os sujeitos tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema abordado sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010). As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

A amostra foi intencional, com a utilização da técnica de “bola de neve” (PATTON, 1990), pela dificuldade em conseguir acesso aos pais no ambiente hospitalar e também pela pesquisa ser aplicada no contexto familiar, após alta hospitalar. Os primeiros pais foram convidados a participar da pesquisa, após a alta hospitalar do filho de uma unidade de hemato/oncologia pediátrica, localizada na região central do Rio Grande do Sul. Para a realização das entrevistas, foram agendadas visitas no domicílio.

Os pais que participaram da pesquisa indicavam os nomes (endereços e telefone) de uma amiga ou parente que estivesse com o filho vivenciando a doença hemato/oncológica. Cada família indicada foi contatada, informada de quem indicou seu nome e convidada a participar da pesquisa.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizou-se como critérios de inclusão famílias submetidas ao enfrentamento de doenças hemato/oncológicas da criança, que deveria estar em processo de tratamento, na sua casa em contato com os sujeitos envolvidos na sua vida cotidiana, ou seja, mediante a presença dos laços afetivos constituídos desde o seu nascimento. Como critério de exclusão, as crianças que já não estão mais em tratamento; pais que perderam seus filhos em função da doença e pais que ainda tenham seus filhos internados, em processo de tratamento.

Os dados foram compreendidos pelo método de análise de conteúdo, coletados a partir de entrevista, de forma que se destacaram os relatos que se repetiram, ou seja, classificaram-se os elementos por agrupamento entre os achados que mais se destacaram. Esse procedimento é uma técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre assuntos que se referem a um contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos (MINAYO, 2010). Os participantes do estudo foram identificados pela letra F de familiar e numeração conforme ordem da entrevista. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano, sob o número 343.2011.2.

## RESULTADOS

No grupo de seis participantes do estudo, todas eram do sexo feminino, sendo todas mães. As mães tinham em média 30 anos de idade e cada uma tinha em média dois filhos. As participantes eram todas casadas, e a maioria trabalhava antes da doença do filho.

No primeiro questionamento, as mães deveriam responder como vivenciam a doença do filho. Ao serem questionadas sobre essa vivência, elas relataram sobre suas angústias, medo, sofrimento, tristeza, preocupações. Esses aspectos podem ser percebidos nas falas a seguir:

*É difícil né. Agora eu já me sinto bem mais tranquila, porque eu vejo que ele tá bem. Mas, no começo pra mim foi terrível. O dia do diagnóstico, então foi o fim, parecia que eu tinha caído num buraco sem fundo. Agora eu já aprendi a viver e a controlar os sentimentos. Eu entendo mais ele, as dificuldades que ele tem, agora eu já me sinto bem mais tranquila e mais calma pra poder cuidar dele, mas no começo eu achei que eu não aguentaria. (F3)*

*Agora eu tô me sentindo mais tranquila, mas no começo não dá pra explicar. É como se perdesse o chão, é como se toda a alegria do mundo tivesse sido tirada da gente de repente. Eu não tinha esclarecimento sobre a doença e já achava ruim, daí eu pensei: quem sabe eu não conheço a doença e não seja*

*tanto como eu penso, mas com o passar do tempo eu vi que era muito pior do que imaginava. A dor dele, o sentimento que ele tem de ter que ir para o hospital, de estar doente, acaba com a gente. (F4)*

De acordo com as falas anteriormente descritas, o momento do diagnóstico e adaptação gera uma avalanche de sentimentos, inicialmente inexplicáveis, caracterizada pelo choque, desespero e surpresa. Com a descoberta de câncer no filho, as mães revelaram, ao serem questionadas sobre o sentimento que mais aflorou durante o tratamento, que inicialmente surge o medo da perda, de estarem sem saber o que fazer diante da situação.

Algumas dessas emoções podem ser observadas nos trechos a seguir:

*Sentimento que não se pode fazer muita coisa, se eu tivesse dinheiro pra pagar ou dar um jeito, eu faria. Mas, nesse caso a gente tem que esperar, ter paciência. No primeiro impacto leucemia é morte, a primeira coisa que passa na cabeça é que vai perder o filho. Mas depois que a gente começa a conviver com outros casos até piores que o teu, aí começa a se acalmar mais um pouco. (F2)*

*Como eu me senti não tem explicação, é uma coisa muito ruim, nada tem graça, o que eu como não tem sabor. A gente só se sente bem quando ele tá bem, se ele tá mal por fora eu tô bem pra manter ele bem, mas por dentro eu tô destruída [...]. É uma guerra, cada dia uma batalha que é vencida. (E4)*

No decurso da entrevista, ao serem interrogadas sobre qual foi o pior momento enfrentado desde a descoberta da doença, a maioria das mães afirmou que foi o momento do diagnóstico, seguido do período de adaptações, procedimentos e modificações na vida do filho, como expressam os depoimentos a seguir:

*O pior momento é contar, explicar, fazer eles saírem do mundo deles e entrar no mundo que é um mundo interno, fechado. É várias modificações desde alimentação, desde atividades, contato, eles se adaptarem a uma outra vida. É difícil pra eles aceitar. (F1)*

*O pior momento o dia que ele fez a mielo e a madit, aquele dia foi terrível. Ver o exame em si é horrível, é muito agressivo, e depois não consegui acreditar sabe, foi um dos momentos mais difíceis. Depois as náuseas, os vômitos, ele teve ferida na boca, não comia, perdeu peso não tem nada que diga que foi uma parte boa. (F4)*

Outro questionamento foi em relação ao conhecimento da doença e quais os meios de esclarecimento sobre a enfermidade. As mães relataram que não conheciam a doença do filho e tinham algum conhecimento somente pelo que ouviram na televisão ou pelas conversas com os familiares de outras crianças que estavam internadas, quando chegaram para tratamento. Algumas afirmaram terem sido esclarecidas pelo médico, outras pela internet, segundo as falas a seguir:

*Tinha pouco conhecimento, busquei tudo que eu podia de informação, desde o protocolo da doença. Graças a Deus, muitas vezes seguindo o protocolo, eu consegui, no acompanhamento que eu faço, evitar complicações bem graves que poderiam ter acontecido. (F1)*

*Não. Jamais esperava passar por isso, leucemia pra mim era uma coisa que tava muito longe, conhecia da novela. Quem me explicou tudo foi os médicos, eles têm a linguagem prática, simplesmente disseram é leucemia, como se fosse uma infecção intestinal ou uma gripe. (F2)*

A última pergunta referiu-se à atuação da equipe de enfermagem no processo de aceitação, tratamento e cuidado da criança. Nos depoimentos, ficou evidenciado que elas acreditam que a enfermagem é importante no processo de aceitação da doença, ajuda na adaptação da criança e da família, porém em uma das falas observou-se que, às vezes, falta humanização no cuidado por parte da equipe, como se pode verificar nos trechos a seguir:

*A enfermagem é importante, porque a gente chega no hospital apavorada e elas que lidam com aquilo ali que é normal. Elas tão fazendo uma coisa,*

*tão brincando, conseguem até acalmar, porque a gente não sabe de nada e elas chegam mãezinha é assim, vamos fazer assim, tal remédio é pra isso, nunca se recusaram a explicar nada. (F2)*

*A enfermagem elas não falam muito, eles tão ali pra cuidar do paciente e não pra dar repostas, então eles não falam muito. A enfermagem tem que compreender, ser mais humana, a profissão às vezes deixa a gente menos humana, às vezes vira uma rotina e acabam não dando atenção ao paciente. (F6)*

De forma geral, as mães afirmaram ser importante a presença e o cuidado da equipe de enfermagem, mas, conforme o último depoimento, esses profissionais ainda têm muito a aprender, em especial no que se refere à sensibilidade diante de algumas situações.

O enfermeiro deve ser o mediador da equipe multiprofissional que atende tanto o paciente como sua família, deve compreender e valorizar o diálogo e a escuta diante dessas pessoas.

## **DISCUSSÃO**

Durante as entrevistas, todas as mães relataram que a primeira reação diante da revelação de câncer no filho foi impactante, que ficaram em estado de choque e, a princípio, negaram o diagnóstico, como se isso não pudesse acontecer com um membro da sua família. No entanto, elas tinham consciência de que precisavam mostrar-se fortes, como forma de apoio à criança, apesar do sentimento de tristeza que permanece continuamente.

A doença leva os pais a se defrontarem com um mundo novo, que não fazia parte de seu cotidiano, passando a ser invadidos pelo temor, dúvida e desespero diante dessa nova situação (SANTOS; GONÇALVES, 2008).

Durante a terapêutica, inúmeras transformações se instalam e fazem com que os pais desenvolvam estratégias para enfrentar e lidar com o novo contexto e suas exigências. Paciência, coragem e força interior são habilidades desenvolvidas por aqueles que vivenciam a situação de

acompanhar o filho hospitalizado e tentam superar as incertezas quanto ao seu futuro (ALMEIDA et al., 2006).

A família vive entre os sentimentos de medo, esperança e a incerteza perante a cura, tratamento e prognóstico. A incerteza está vinculada com a insegurança pela luta contra a doença do filho. Para os pais, a criança é prioridade neste período (MOREIRA; ANGELO, 2008).

Por se tratar de uma doença grave e ainda vista como fatal, o câncer gera nos familiares o sentimento de perda iminente. A situação de ter um filho com uma doença hemato/oncológica é, para eles, algo inimaginável, os sentimentos são transportados da alegria para o temor e preocupação. Desenvolve-se um rompimento da expectativa quanto ao futuro da criança. Vivenciar e enfrentar a terapia junto ao filho é difícil pela falta de informação acerca da doença, além da solidão e preocupação com os demais membros da família (MONTEIRO et al., 2008).

Destaca-se que o momento em que se toma conhecimento do diagnóstico é um dos piores vivenciados pelos pais, pois estes experenciam um turbilhão de sentimentos e buscam imediatamente informações sobre a doença. Sofrem com o descobrimento da doença no filho, sentindo-se ameaçados e deparam-se com a possibilidade de perda (LIMA; PORTUGAL, 2011). Após a revelação do diagnóstico, os pais buscam informação acerca da doença e começam a se preocupar com o tratamento (MENEZES et al., 2007).

Os pais de crianças com doença hemato/oncológica enfrentam dificuldades acerca das questões vinculadas à representação social do câncer e de informações sobre a doença. Para os pais, o câncer ainda é sinônimo de morte. Por isso, é importante melhorar a qualidade das informações prestadas sobre o assunto. No caso do câncer infantil, é necessária a atenção de uma equipe multidisciplinar especializada no cuidado à criança. Essa equipe deve fornecer condições de minimizar o sofrimento e auxiliar a criança e os familiares na transposição dessa vivência (CARVALHO; LEONE; BRUNETTO, 2000).

O enfermeiro precisa atuar como um facilitador, adaptador, orientador, observador, e amenizar, assim, os sentimentos negativos dos pais,

a fim de criar um vínculo com eles e com a criança. Nas falas das mães, pode-se perceber o quanto a equipe de enfermagem é importante no cuidado de ambos, e precisa estar preparada para realizar um cuidado humanizado e singular.

No ambiente hospitalar, a atuação da enfermagem detém-se comumente aos sinais e sintomas, diagnósticos e prognósticos da doença. Os profissionais envolvidos na rotina de cuidado e nas orientações à família dispõem de tempo reduzido para atentar à dimensão das vivências, das representações e das subjetividades do adoecimento (CARNEIRO et al., 2009).

Cuidar em oncologia pediátrica é desafiante, uma vez que esse cuidado requer recursos materiais e terapêuticos específicos, além de profissionais de enfermagem capacitados e qualificados para prestar assistência humanizada à criança hospitalizada. Nesse período, é preciso trabalhar com o intuito de aliviar a dor, o sofrimento e promover a elevação da autoestima (AMADOR et al., 2011).

Os procedimentos que necessitam de técnicas invasivas para administração de medicações e quimioterápicos são os que mais entristecem, angustiam e deixam apreensivos a criança, a família e os profissionais de enfermagem. A família é considerada um dos principais amenizadores dos medos e inseguranças que a criança apresenta. Desse modo, é necessário que esses profissionais atendam às necessidades emocionais de cada criança, primando pela participação da família nos procedimentos (BORTOLOTES; BRETÃS, 2008; PARÔ; PARO; FERREIRA, 2006).

Embora seja reconhecida pela equipe a importância da permanência da família durante a terapêutica e recuperação da criança, ainda há dificuldades que permeiam este processo, uma vez que ainda existem equipes de enfermagem que seguem o modelo hospitalocêntrico, individualista e centrado na doença, em que a família, muitas vezes, é apenas uma fonte de informação a respeito do paciente (FERNANDES; ANDRAUS; MUNARI, 2006).

O enfermeiro que trabalha em oncologia pediátrica, além de desempenhar cuidados básicos à saúde, deve assumir, de maneira efetiva, o papel de educador e apoiador aos familiares da criança hospitalizada,

uma vez que eles vão assumir e dar continuidade aos cuidados no ambiente do lar (PARÔ; PARO; FERREIRA, 2006).

É importante o desenvolvimento de práticas educativas junto à família de crianças hospitalizadas, baseadas no diálogo, ou seja, na troca de informações. A partir dessa troca de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença (GOÉS; CAVA, 2009).

Os profissionais de enfermagem necessitam reconhecer, incluir e ajudar os familiares a construir bases seguras para o cuidado da criança, pois estes influenciam positivamente sobre a doença. Considera-se a importância do cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem, pois é nela que está o principal foco de promoção da saúde da criança.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A difícil vivência dos pais diante do diagnóstico de câncer no filho aflora sentimentos de impotência, perda iminente e dúvida, faz com que eles se deparem com um mundo novo. Assim, o momento do diagnóstico é considerado um dos períodos mais marcantes de toda a vivência. A situação de ter um filho com câncer acarreta medo, tristeza, preocupação e incertezas, sentimentos que são agravados pela falta de informação e apoio psicossocial. No entanto, os pais mostraram força e coragem para lidar com a nova realidade e as modificações no cotidiano familiar. A partir disso, buscaram respostas para tal vivência.

A equipe de enfermagem, por estar mais presente, deve estar apta a oferecer o suporte emocional ao familiar. Precisa detectar possíveis problemas e intervir conforme as necessidades da família e da criança, a fim de proporcionar a essas pessoas um ambiente acolhedor que os auxilie no enfrentamento da situação vivenciada.

A construção deste trabalho é relevante, pois, a partir do conhecimento das experiências relatadas, foi possível rediscutir a atenção da enfermagem com esta clientela, de modo a compreender a vivência e os significados atribuídos ao adoecimento.

Salienta-se que é imprescindível a realização de maiores estudos sobre essa realidade, pois a enfermagem necessita auxiliar os pais diante da doença do filho e, assim, amenizar as ansiedades, angústias e traumas. Além disso, é importante o direcionamento, a qualificação e a discussão desta temática durante a formação acadêmica, o que contribuirá para um cuidado especializado voltado à criança e aos pais, que também necessitam de atenção da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.I. et al. O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 10, n. 1, abr. 2006.

AMADOR, D. D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, jan./mar. 2011.

BOROWSKI, D. M. et al. O Enfermeiro no Cuidado a Criança com Câncer e sua Família. In: XVIII CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, Pelotas, 2009. **Anais...** Pelotas, 2009.

BORTOLOTE, G. S.; BRETÃS, J. R. S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista Esc Enf USP**, v. 42, n. 3, p. 422-429, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2007. Disponível em: <[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)>. Acesso em: 05 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer na criança e no adolescente no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1NLzrq1>>. Acesso em: 06 set. 2011.

CARVALHO, G. P. C.; LEONE, L. P.; BRUNETTO, A. L. O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica. **Revista Soc Bras Cancerol [periódico na Internet]**, 3(11 Supl.), 2000. Disponível em: <<http://bit.ly/1IEGdhh>>. Acesso em: 25 fev. 2007.

CARNEIRO, D. M. S.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. Cotidiano de mães/acompanhantes de filhos que foram a óbito: contribuições para a enfermagem oncológica. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 13, n. 4, out./dez. 2009.

FERNANDES, C. N. S.; ANDRAUS, L. M. S.; MUNARI, D. B. O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 108-118, 2006.

GOÉS, F. G. B.; CAVA, A. M. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 11, n. 4, p. 942-951, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1Mob40d>>. Acesso em: abr. 2012.

LIMA, E.C.; PORTUGAL, A. C. G. S. O cuidado da enfermagem junto à família da criança com câncer. **Revista saúde e beleza**, v. 15, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1Tb9zaN>>. Acesso em: 03 set. 2011.

MENEZES, C. N. B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 191-210, mar. 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, P. L.; ANGELO, M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008.

MONTEIRO, C. F. S. et al. A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 4, p. 484-489, 2008.

NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Revista Esc Enferm USP**, v. 9, n. 4, p. 469-474, dez. 2005.

OLIVEIRA, N. F. S.; COSTA, S. F. G.; NOBREGA, M. M. L. Diálogo vivido entre enfermeiras e mães de crianças com câncer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 99-107, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1GytDAq>>. Acesso em: 05 out. 2011.

PARÔ, D.; PARO, J.; FERREIRA, D. L. M. O enfermeiro e o cuidar em oncologia pediátrica. **Arq Ciência Saúde**, v. 12, n. 3, jul./set., 2006.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. 2. ed. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTOS, L. M. P.; GONÇALVES, L. L. C. Crianças com câncer: desvelando o significado do adoecimento atribuído pelas mães. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 224-229, abr./jun. 2008.

SILVA, F. A. C. et al. Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. **Esc Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 334-341, abr./jun. 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 11. ed. v. 1, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



# CUIDADO HUMANIZADO NO CONTEXTO HOSPITALAR SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

---

Silvana Matiollo

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Karla Cristiane Oliveira Silva

Claudia Maria Gabert Diaz

## RESUMO

O cuidado humanizado oferecido aos seres humanos é cada vez mais discutido no âmbito da graduação em saúde, a fim de que os profissionais repensem sobre esta prática humanizadora, que deve permear o cuidado, uma vez que, não raro, ouvem-se usuários reclamando da assistência recebida, quando não a mídia denunciando aspectos negativos acerca da atenção prestada aos cidadãos. Com este estudo, objetivou-se conhecer o que os profissionais de enfermagem entendem por cuidado humanizado. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Foi realizada em um hospital público de médio porte da região central do Rio Grande do Sul, na Unidade de Clínica Médica, no período de março a abril de 2012. A coleta dos dados realizou-se por meio de entrevista semiestruturada. Emergiram da análise três categorias, a saber: Diálogo como elemento essencial do cuidar; Política Nacional de Humanização Hospitalar e Ações que humanizam qualificando o processo do cuidado. Foi possível concluir que há a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a humanização no ambiente hospitalar tendo como base de apoio a Política de Humanização Hospitalar.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência. Administração Hospitalar. Cuidado. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A humanização dos cuidados prestados aos seres humanos vem sendo objeto de discussões cada vez mais crescente no âmbito da graduação em saúde, com o propósito de repensar sobre esta prática humanizadora que deve permear o cuidado, uma vez que, não raro, ouvem-se reclamações de usuários sobre a assistência recebida, ou denúncias de aspectos negativos acerca da atenção dada aos cidadãos, veiculadas pela mídia.

Nesse contexto, com o intuito de potencializar a atenção à saúde, o Ministério da Saúde propõe a Política de Humanização da Assistência Hospitalar, que engloba um conjunto de ações que visam à reformulação dos modos de prestar a assistência no âmbito hospitalar, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados pela instituição. Parte-se da premissa de que é necessário estreitar as relações entre profissionais da saúde e usuários, bem como dos profissionais entre si, para o alcance da humanização no atendimento. Humanizar, dessa forma, é poder ofertar um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Além disso, é importante ressaltar que questões relacionadas à humanização no atendimento prestado ao usuário constam na Constituição Federal Brasileira de 1988, a qual assegura o direito a todas as pessoas a terem acesso à assistência de saúde com resolutividade, integralidade e igualdade (ANDRADE et al., 2009).

No ambiente hospitalar, em especial, é cada vez mais necessário que essa prática seja entendida e vivenciada pela equipe de enfermagem, uma vez que o ser que ali está encontra-se fragilizado, fora de seu ambiente natural, no convívio com pessoas estranhas. Esse ambiente ocasiona insegurança, ansiedade, sofrimento e dor, além de espera e angústia (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

A humanização, nesse contexto, deve abarcar além de chamar o paciente pelo nome ou de ofertar-lhe um sorriso, compreendê-lo como um ser singular, com desejos de cuidados que atendam às suas neces-

sidades biopsicossocial e espirituais. Portanto, a significância de abordar tal assunto baseia-se, principalmente, no intuito de compreender que as necessidades do ser vão além da realização da técnica curativa, que é de suma importância, mas que deve ser efetivada, sem desvalorizar a condição humana do sujeito.

A humanização da assistência à saúde requer atenção ao entendimento das dimensões subjetivas dos profissionais, as quais provocam impactos sobre a forma como se dá a relação entre profissionais e usuários do setor de saúde. Dessa forma, o estabelecimento adequado dessa relação é relevante para a humanização da assistência à saúde (HOGA, 2004).

Diante disso, surgem questionamentos acerca de como os profissionais de enfermagem estão interagindo com este ser que necessita de sua atenção integral: Como eles entendem o cuidado humanizado? De que forma a equipe de enfermagem, em suas rotinas diárias, oferece esse cuidado ao paciente?

Diante dos questionamentos acima mencionados, o presente estudo teve como questão norteadora: Como os profissionais da enfermagem entendem o cuidado humanizado no ambiente hospitalar? Por conseguinte, objetivou-se conhecer o que os profissionais de enfermagem entendem por cuidado humanizado com pacientes internados em ambiente hospitalar.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, a qual tem por finalidade obter uma visão geral sobre determinado fato, bem como esclarecer e modificar conceitos, com vistas a formular hipóteses para futuras abordagens acerca do assunto em questão. Esse tipo de pesquisa é considerado a primeira etapa de pesquisas mais amplas, em que seus resultados poderão ser pensados e organizados para melhor definir planos estratégicos de ação, a fim de contribuir para mudanças da realidade investigada (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa se relaciona com os significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como as pessoas

compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão (MAYS; POPE, 2005).

A pesquisa foi realizada em um hospital de médio porte, da região central do estado do Rio Grande do Sul, na Unidade de Clínica Médica. Os sujeitos da pesquisa foram um enfermeiro e sete técnicos de enfermagem. Utilizou-se como critério de inclusão: ser enfermeiro e/ou técnico de enfermagem da unidade clínica que aderir, consensualmente, ao estudo a ser realizado. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam em gozo de férias, laudos e/ou atestados médicos. O período de coleta dos dados foi de março de 2012 a abril de 2012.

A entrevista foi agendada, conforme a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora, em uma sala reservada, visando manter a privacidade para melhor obter as informações dos dados. As falas foram gravadas em um aparelho do tipo mp3 player. A coleta de dados realizou-se por meio da gravação em mp3 player de entrevistas semiestruturadas e foi realizada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Franciscano, com registro n. 36320112.

O instrumento para a coleta de dados foi a aplicação de entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: Para você, o que significa humanização no cuidado de enfermagem? Você tem o conhecimento da Política Nacional de Humanização Hospitalar? Em que ações de cuidado de enfermagem, em sua rotina diária de trabalho, você compreende como cuidado humanizado?

Para a coleta dos dados, foi utilizado o critério de saturação dos dados, que ocorre quando os temas e as categorias dos dados tornam-se repetitivos e redundantes, de forma que nenhuma informação nova possa ser trazida com a coleta de mais informações (TURATO, 2008).

Para a realização de todas as atividades de pesquisa, atentou-se para as normas éticas vigentes na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que define as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo como mérito dar ênfase aos compromissos éticos com os sujeitos de pesquisa (BRASIL, 1996).

Aos participantes da pesquisa foram explicados a temática, os objetivos e a metodologia do estudo. Além disso, foi assegurado o direito de acesso às informações e garantia de preservação da sua identidade ao manter sigilo das informações contidas nos instrumentos de coleta de dados. Os participantes foram informados, também, que as falas seriam desgravadas após serem transcritas. As autoras tiveram consentido o direito de divulgar os resultados obtidos, firmado mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para análise dos dados, foi seguida a técnica de análise de conteúdo, que procura conhecer aquilo que está por trás das palavras, buscando outras realidades por meio das mensagens expressas pelos entrevistados (BARDIN, 2010).

A operacionalização do processo de análise seguiu as três etapas da análise de conteúdo. A primeira etapa, ou etapa de pré-análise, consiste na transcrição das entrevistas e organização dos dados, sistematizando as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. A segunda etapa compreendeu a exploração do material que consistiu na codificação dos dados, e, em última etapa, realizaram-se o tratamento e a interpretação dos resultados brutos (BARDIN, 2010). Para manter a confidencialidade e o sigilo, os participantes foram identificados com nomes de deuses gregos: Apolo, Hermes, Atena, Têmis, Hera, Artemis, Afrodite, Zeus.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram da pesquisa oito profissionais da enfermagem, com idades de 24 a 38 anos. Houve a prevalência de sexo feminino, totalizando sete dos participantes, e um do sexo masculino. Pela História da Enfermagem, Florence Nightingale, em 1862, caracterizou a enfermagem como sendo uma profissão específica para mulheres, as quais eram preparadas para atuar a partir de seus valores femininos (LOPES; LEAL, 2005). Mesmo passados muitos anos, observa-se que, ainda nos dias atuais, a enfermagem é uma profissão na qual prevalece o sexo feminino.

Quanto à formação profissional, um dos participantes é enfermeiro e sete são técnicos de enfermagem. O tempo de atuação na profissão varia de quatro meses a 23 anos, sendo dois profissionais de quatro a cinco meses, cinco profissionais de dois a quatro anos e um profissional de 23 anos.

**Tabela 1** - Caracterização quanto à idade, ao sexo, à formação acadêmica, ao ano de formação e tempo de atuação profissional, composta pela equipe de enfermagem que atua na unidade de clínica geral do hospital público de médio porte do centro do Rio Grande do Sul - Brasil, no ano de 2012.

Nº de Ordem	Idade (anos)	Sexo	Formação	Ano formação	Tempo de atuação profissional
1	30	M	Téc. Enfermagem	2011	5 meses
2	27	F	Téc. Enfermagem	2004	4 anos
3	40	F	Enf	2008	2 anos
4	49	F	Téc. Enfermagem	1979	23 anos
5	24	F	Téc. Enfermagem	2010	2,5 anos
6	27	F	Téc. Enfermagem	2008	4 anos
7	34	F	Téc. Enfermagem	2006	1,5 anos
8	38	F	Téc. Enfermagem	2008	2 anos

A partir da análise e interpretação dos dados, surgiram três categorias: “Diálogo como elemento essencial do cuidar”; “Política Nacional de Humanização Hospitalar” e “Ações que humanizam qualificando o processo do cuidado”. Essas categorias serão abordadas individualmente a seguir.

### **Diálogo como elemento essencial do cuidar**

Os participantes foram questionados sobre o que para eles significa humanização no cuidado de enfermagem. Considerando que a humanização tem um amplo significado, e que cada profissional a interpreta conforme

seu entendimento, surgiu como resposta a valorização do diálogo como elemento fundamental na prestação da assistência aos usuários, o que esteve presente na maioria das falas.

*É conversar com o paciente, ver ele como um todo. (Apolo)*

*É conversar educadamente, saber um pouco mais sobre sua história, um cuidado humanizado com um pouquinho mais de amor. (Hermes)*

*É prestar assistência de enfermagem bem feita, dando atenção para o paciente, medicando-o e, principalmente, escutando ele. (Zeus)*

Como se pode observar nas falas, o diálogo se configura um dos elementos que fazem parte do cuidar, uma vez que é por intermédio dele que o ser que cuida, ao ser chamado pelo ser que necessita de ajuda, reconhece esse apelo existencial e responde por meio do cuidado. Assim, o cuidado caracteriza-se como a resposta humana a um pedido de ajuda e ocorre quando os seres que fazem parte do mundo do cuidar estão envolvidos, comprometidos e presentes no face a face com o outro (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

A comunicação, portanto, revela-se essencial na prática do cuidar, já que ela é a base do relacionamento entre os seres humanos. A partir dela, se conhecem as necessidades do ser, enquanto possibilita o compartilhamento das angústias decorrentes da hospitalização. A comunicação no ambiente hospitalar, então, admite um cuidado mais autêntico e não simplesmente um tratamento, na medida em que permite conhecer as necessidades do outro e a buscar, a partir disso, as soluções de forma individualizada, conforme as necessidades expressas de cada ser.

Ressalta-se que a conversa, expressa por meio das palavras, é uma das etapas do diálogo, o qual se configura como um canal importante de comunicação por meio do qual ocorrem a interação cliente/profissional e o encorajamento para enfrentar as crises impostas, tanto pelo processo de internação, quanto pela doença em si. Inclui assim a capacidade de

não somente falar, mas também de saber ouvir e de trocar informações (BARCELOS; ALVIM, 2003).

O diálogo, então, representa um dos elementos primordiais ao mundo do cuidar de enfermagem, pois está presente em diferentes situações práticas da profissão e intermedeia as relações entre os seres que cuidam e os que são cuidados. Em virtude disso, acredita-se na necessidade de lançar um olhar especial a esse elemento em termos de compreender seus significados, bem como perceber e refletir como ele está permeando os encontros de cuidado, com vistas a se alcançar um cuidar que se quer: humanístico, ético, estético e solidário (SCHAURICH; CROSSETTI, 2008).

### **Política Nacional de Humanização Hospitalar**

A maioria dos entrevistados referiu que não tinha conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização Hospitalar.

*Não conheço esta política. (Atena)*

*Bem, não sei te dizer o que é, mas eu já ouvi falar. (Hermes)*

Infere-se, a partir das falas, que a aplicabilidade dessa política não se observa no local pesquisado, uma vez que sua mobilização necessitaria de, no mínimo, que os funcionários a conhecessem, para que, então, pudessem auxiliar na concretização. Para tanto, haveria mudanças no que diz respeito ao ambiente e também na relação profissional cliente e profissionais entre si.

Vale ressaltar um pouco do histórico que desencadeou a necessidade da formulação da política. A partir da década de 80, com o cenário da luta antimanicomial e o movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, os gestores dos hospitais públicos observaram a necessidade de desenvolverem ações que tornassem o ambiente hospitalar mais acolhedor. Incluíram, para tanto, nesse ambiente, atividades lúdicas, lazer, entretenimento e arte, bem como melhorias na aparência física dos

serviços. Com isso, conseguiam minimizar o sofrimento e a insegurança que o ambiente provocava nos pacientes, uma vez que, com suas ações, modificaram rotinas, como, por exemplo, a instituição de visitas e o direito a acompanhante (RIOS, 2009).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados a partir do aperfeiçoamento das relações entre trabalhadores da área da saúde, usuários e profissionais, incluindo as instituições hospitalares e a comunidade. Para maior efetividade dessa iniciativa, em 2003, o MS transforma o mesmo programa em política, sendo chamado, então, de Política Nacional de Humanização (MELO, 2008).

A Política Nacional de Humanização é permeada por alguns princípios, como a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção a saúde. Assim, compromete-se com os direitos do cidadão, além do fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional para promover a transversalidade, a grupalidade e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando os processos de educação permanente (BRASIL, 2004).

Observa-se que existem inúmeras propostas por meio das políticas, as quais visam à humanização na área da saúde. Esse é um processo que pode ser efetivado com o envolvimento de toda a equipe que atua no ambiente hospitalar, porém, para isso, é necessário que a vida do ser humano seja prioridade e que as políticas e/ou programas sociais estejam acima dos interesses econômicos da instituição.

Compreende-se, portanto, que há a necessidade de as instituições hospitalares abrirem espaços para a qualificação profissional sobre a humanização em saúde por meio da educação continuada, a qual colaboraria para o estudo e entendimento dos objetivos dessa política. A partir do entendimento da equipe multiprofissional, seria possível aplicá-la na prática diária, de modo a modificar e melhorar as relações dos profissionais entre si e, também, o ambiente e as ações no processo de cuidar.

## **Ações que humanizam qualificando o processo do cuidado**

Analisaram-se as ações desenvolvidas diariamente pelos profissionais e o seu entendimento quanto ao significado dessas ações no que se refere à humanização.

*Eu acho assim que quando a gente conversa, sabe ouvir, sabe dar um retorno e não somente chega e administra a medicação. (Apolo)*

*Dar conforto para o paciente, saber lidar não só com a parte prática de administrar as medicações, mas saber conversar, pois, às vezes, tu és meio psicólogo dos pacientes. Então também, tu tens que saber ouvir. (Atena)*

*Realizar uma higiene corporal bem feita, deixando o paciente confortável, atentar para os sintomas e ver o paciente num todo. (Têmis)*

*Ser profissional durante meu trabalho, dar atenção para o paciente, quando vai administrar uma medicação informar ao paciente o que tu está fazendo, conversar com ele, chamá-lo pelo nome, e sempre dizer ao paciente o que tu vai fazer com ele. (Hera, Artemis, Afrodite)*

Na visão da equipe, as ações que humanizam o cuidado vão além da realização da técnica. Elas não devem se resumir ao atendimento mecânico, mas sim na compreensão e cuidado do paciente como um todo, porém se observa que, em partes, essa compreensão, embora expressa pelos profissionais, ainda tem limitações, de forma que o entendimento de conhecer o paciente no todo significa, além de saber seu nome, conhecer sua história, o meio onde vive, para, então, poder de fato traçar os planos assistenciais conforme sua necessidade física e psíquica.

Esse referencial tem importância para que o cuidado se concretize de forma integral e humana. Assim, essa ideia vai ao encontro do que os usuários dos serviços de saúde almejam: ser atendidos com dignidade, tendo sua individualidade respeitada e seus sentimentos considerados,

pois desejam ser tratados como seres biopsicossociais e espirituais e não mais de forma indiferente e reduzida a uma simples patologia.

Os pacientes, portanto, têm um desejo profundo de serem compreendidos em suas necessidades mais íntimas, e tal compreensão é um passo fundamental para o profissional, já que este possui o compromisso de atendê-las. Porém, é essencial que haja a devida disponibilidade para que isso ocorra, o que demanda, por parte dos profissionais, condições não só corporais, mas, sobretudo, mentais (BACKES; LUNARDI; LUNARDI, 2006).

As ações de cuidado devem, nesse contexto, abarcar a educação e o gerenciamento, que, de forma interligada e complementar, auxiliam para o atendimento das necessidades do indivíduo (NÓBREGA, 2006).

Dessa forma, a eficácia das práticas de saúde deve ser proporcionalmente ampla e ter como objetivo promover olhares múltiplos sobre cada caso, ou seja, depende da articulação e coordenação de um conjunto de ofertas tecnológicas que se apresentam desde os distintos territórios de saberes e práticas de saúde presentes no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2011).

Sabe-se que a rotina diária de trabalho e o excesso de atividades que permeiam o ambiente hospitalar, muitas vezes, limitam a atuação da enfermagem quanto ao aspecto relacionado à humanização da pessoa, porém, mesmo com esses fatores, a equipe tem o entendimento de que o cuidado humanizado é de extrema importância e que isso influencia diretamente no bem-estar do paciente, culminando na sua recuperação.

Mediante o exposto, observa-se que o cuidado humanizado, muitas vezes, não é tarefa fácil, já que ele depende da individualidade e da sensibilidade de cada profissional em estar, de fato, disponível para conhecer o outro e envolver-se com ele. Esse envolvimento diz respeito tanto ao planejamento do cuidado quanto a conhecer sua história para além de tratar, prevenir e promover a saúde do paciente e dos demais que fazem parte do seu meio.

Nesta pesquisa, observou-se a necessidade de maior aplicabilidade e esclarecimento da PNHAH, pois a maioria dos entrevistados apresenta uma visão restrita à habilidade de ouvir e oferecer conforto, a qual remete ao conceito da profissão enfermagem nos tempos remotos, quando esta

era uma prática essencialmente caridosa. Sendo assim, pode-se considerar que há lacuna por parte das unidades hospitalares em aprimorar o conhecimento acerca do cuidado humanizado, tendo como referência a PNHAH.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pôde observar no estudo, há a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a humanização no ambiente hospitalar com base na Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Para isso, é fundamental que, além dos profissionais estarem abertos a este conhecimento, haja, na gestão do ambiente de trabalho, espaços destinados à qualificação profissional por meio da educação permanente e continuada.

Vale ressaltar que, para esta qualificação, deve haver o envolvimento e o comprometimento de todos que fazem parte do quadro funcional da instituição: desde os administradores, recepcionistas, telefonistas e pessoal da higienização, até as equipes que atuam mais diretamente com o paciente, como a equipe médica, de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos, entre outros.

A humanização da assistência hospitalar envolve, então, um processo de conscientização, mudanças de comportamentos e sensibilização de cada um. Por isso, é processual, demorado e necessita do empenho de usuários, trabalhadores e sociedade. Há a necessidade de acolhimento do paciente e do familiar, e isso depende da atuação adequada e da receptividade demonstrada por todos os trabalhadores que entram em contato direto ou indireto com os usuários. Para tanto, é imprescindível que o espaço de trabalho não seja tão somente o lugar da realização da técnica, mas também do cuidado em sua integralidade humana.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, Goiás, 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/1FRXT2I>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

BACKES, D. S.; LUNARDI, W. D. F.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 2, jun. 2006. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/jqnfv9>>. Acesso em: 03 abr. 2012.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 3, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://bit.ly/1QM0EZx>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://bit.ly/1AKjtdM>> Acesso em: jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/1QozFbu>>. Acesso em: 08 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno Humaniza SUS, atenção hospitalar**, v. 3, série B. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/1FIZdFY>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 38, n. 1, 2004.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Caderno**, Campinas, n. 24, p. 105-125, 2005. Disponível em: <<http://bit.ly/1dwtws4>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

MAYS, N.; POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELO, I. M. **Humanização da assistência hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. Versão definitiva em 03 de março de 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1KVUzle>>. Acesso em: 08 abr. 2012.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Revista Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, maio/ago. 2006.

NOBREGA, M. F. B. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 2006. 161 f. Tese (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: Prática e Reflexão. Câmara Brasileira do Livro São Paulo - Brasil: Editora Áurea, 2009.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, set. 2008. Disponível em: <<http://bit.ly/1FIZpoM>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

# A RELAÇÃO ENTRE MOTIVAÇÃO, SATISFAÇÃO E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

---

Gabriéli Gazolla Favarin

Maria Helena Gehlen

Dirce Stein Backes

Karine de Freitas Cáceres Machado

Hilda Maria Barbosa de Freitas

## RESUMO

Com esta pesquisa, objetivou-se conhecer a relação entre motivação e satisfação na valorização do exercício profissional do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa desenvolvida com os enfermeiros das unidades de internação de um hospital de médio porte, no município de Santa Maria - RS. Os dados foram coletados por meio de questionário com perguntas abertas e fechadas. A partir da análise dos dados, emergiram duas categorias: Motivação e satisfação do enfermeiro e Desmotivação e insatisfação do enfermeiro: uma relação de desvalorização na práxis profissional e uma relação de valorização no cotidiano profissional. Os resultados apontaram que a valorização profissional é notoriamente percebida quando a motivação se alia à satisfação do enfermeiro ao desenvolver suas competências e habilidades. Os resultados também mostraram que a desmotivação e a insatisfação levam o profissional a se sentir desvalorizado. Constatou-se que a trílogia motivação, satisfação e valorização são inquietações singulares de cada indivíduo e que a inexistência destes sentimentos impossibilita o desenvolvimento de qualquer atividade no saber fazer profissional do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Motivação. Satisfação. Enfermagem. Valorização Profissional.

## INTRODUÇÃO

O enfermeiro é o responsável legal pela equipe de enfermagem e pelo cuidado de enfermagem desenvolvido no cotidiano do cuidado, nos diversos cenários de atuação profissional (OLIVEIRA, 2007).

Ao assumir a responsabilidade com a motivação e a satisfação, o enfermeiro cuida de si e do outro, o que faz com que se sinta valorizado profissionalmente, mas, quando se sente desvalorizado, torna-se desmotivado, e isso dá origem à insatisfação profissional. Cuidar do ser humano significa não apenas resolver seus problemas físicos, mas também conhecer, identificar e cuidar de todas as suas necessidades e buscar formas de atendê-las (CARVALHO; LOPES, 2006).

A valorização profissional é notoriamente percebida quando a motivação se alia à satisfação do enfermeiro em desenvolver suas competências e habilidades. Não é difícil compreender que, em virtude das exigências próprias do tipo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, cuja função é assistir o paciente, ele possivelmente terá maiores condições e técnicas para aperfeiçoar e melhorar a qualidade dessa assistência, caso estiver satisfeito com seu trabalho (CHAVES, 2009).

A motivação e a satisfação poderão ser indicadores da valorização profissional, pois são fatores que favorecem a produtividade no ambiente de trabalho e acrescentam valores ao fazer profissional (LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010). Todavia a desmotivação e a insatisfação poderão alicerçar o sentimento de desvalorização profissional. A partir dessa contextualização, apresenta-se a questão da pesquisa: Qual a relação entre motivação, satisfação e valorização profissional do enfermeiro?

O enfermeiro, ao sentir-se motivado e satisfeito, torna-se um protagonista da sua valorização profissional, exerce a liderança com atitudes que trazem consigo um estado emocional que produz satisfação. Caso contrário, demonstra insatisfação no desempenho da sua responsabilidade legal.

Nesta pesquisa, adotou-se como objetivo conhecer a relação entre motivação, satisfação e valorização do exercício profissional do enfermeiro.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, segundo Gil (2006), com a abordagem qualitativa referenciada por Minayo (2010). O estudo foi realizado em um hospital de médio porte, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste local, trabalham 221 profissionais de saúde, em diferentes funções. Destes, 13 são enfermeiros.

No estudo, os sujeitos perfizeram um total de nove colaboradores, que foram denominados pela letra “P”, seguida de um numeral. Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão: estar desenvolvendo o exercício profissional nos turnos da manhã, tarde ou noite, com 40 horas de trabalho semanais, independente da área de atuação. Foram excluídos os que estavam em férias, laudo ou atestado de afastamento das atividades profissionais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o número 197.2011.2. Foram respeitadas as considerações bioéticas e éticas da resolução 196/96 do CNS (BRASIL, 1996).

Como técnica de coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas (GIL, 2006). Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2011. Os dados foram organizados, analisados e categorizados, conforme Minayo (2010), em: Motivação e satisfação do enfermeiro: uma relação de valorização no cotidiano profissional; Desmotivação e insatisfação do enfermeiro: uma relação de desvalorização na práxis profissional.

## **RESULTADOS**

### **Motivação e satisfação profissional do enfermeiro: uma relação de valorização no cotidiano profissional**

Ao conhecer a relação entre motivação e satisfação profissional na valorização profissional do enfermeiro, foi possível caracterizar os sujeitos da pesquisa com uma faixa etária de 22 anos a 42 anos. Destes oito são do sexo feminino e um do masculino, ambos trabalham 40 horas semanais.

Os depoentes consideraram que eram motivados porque tinham um excelente, muito bom e bom relacionamento com a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde e sentiam-se valorizados no exercício profissional.

*Boa relação com a equipe, amar o que se faz é o principal fator de motivação. (P1)*

*Adoro meu trabalho, isso me motiva procuro fazer o melhor, inovar. (P5)*

Alegaram que a valorização está relacionada com a motivação do enfermeiro, porque é gerada a partir do sentimento de satisfação no ambiente de trabalho ao desempenharem com liberdade e autonomia a criação de protocolos e suas ações na organização do exercício profissional.

*Sou valorizado no local onde desenvolvo minhas atribuições devido a grande ligação, motivação e estima pelo serviço desenvolvido (identificação com o setor). (P3)*

*Sou valorizado porque tenho autonomia. A liberdade que a empresa me dá, quanto à implementação de serviços e protocolos. (P4)*

Consideraram que a valorização deve ser construída no cotidiano como um estímulo para a motivação e satisfação individual com o apoio, acolhimento, respeito, reconhecimento e confiança da instituição e da equipe.

*A motivação e satisfação são itens fundamentais para a valorização profissional e o bom desempenho da equipe e instituição. (P6)*

*A valorização se dá devido a confiança, ao relacionamento interpessoal e pelo retorno das atividades propostas. (P3)*

Os participantes atribuíram valores pessoais que trazem a satisfação como uma potencialidade para a motivação do cotidiano profissional. Entre esses valores, estão o carinho, desejo e respeito pessoal; o desejo de que as coisas deem certo; a confiança. Por outro lado, também mencionaram valores profissionais, como escuta atenta, coleguismo, incentivo, segurança, apoio e comprometimento da equipe.

*Através do carinho, apoio que recebo. É uma equipe que quando não estou presente minhas orientações quanto normas e rotinas se perpetuam. (P6)*

*Satisfação em trabalhar com a equipe que estou. (P2)*

*Ao meu conhecimento e a minha capacidade de ouvi-los. (P6)*

Os enfermeiros foram questionados quanto a sua responsabilidade no exercício profissional e suas preocupações e interesses com a satisfação e motivação da sua equipe. Constatou-se que a motivação afeta diretamente o andamento da unidade e qualidade da assistência e que a satisfação é fundamental para aumentar a produção e para o bom desempenho da equipe e da instituição.

*Sim, é através da motivação que conseguimos aumentar a produção, trabalhos em equipe (P2).*

*Sim, a motivação deles afeta diretamente no andamento da unidade e qualidade de assistência. (P1)*

*Sim, se o profissional se sente acolhido e valorizado ele não produz de maneira satisfatória e o serviço passa a ser um peso. (P3)*

*Para os sujeitos, a motivação e a satisfação na valorização do exercício profissional do enfermeiro é uma relação a ser nutrida no cotidiano profissional e pessoal, pois ambas se completam. (P7)*

*Sim, porque faz parte uma da outra, a vida profissional completa a vida pessoal e vice-versa. (P1)*

*Sim, um ser humano valorizado e motivado torna-se pleno se bem realizado profissionalmente, logo será feliz e tornará tudo a sua volta tranquilo e harmonioso, é reflexo. (P3)*

*Sim. Pois gosto e valorizo muito o que faço tanto pessoal como profissional. (P8)*

A motivação e satisfação profissional na valorização é uma relação que emerge no exercício profissional no cotidiano do enfermeiro, o que faz dele um protagonista da sua autonomia. Além disso, faz com que a equipe fique motivada e produtiva e leve um melhor atendimento ao cliente, que é o mais beneficiado nesse processo.

### **Desmotivação e insatisfação do enfermeiro: uma relação de desvalorização na práxis profissional**

A desmotivação e a insatisfação foi uma relação de desvalorização do exercício profissional. Os sujeitos atribuíram que, muitas vezes, não acontece colaboração dos profissionais com a chefia.

*Senti desmotivação quando houve troca entre chefia/liderança e equipe de funcionários. Acredito que a desvalorização acontece quando não existe troca, ou seja, quando não há colaboração dos funcionários. Você solicita e não é atendido. (P9)*

Atribuíram como motivos para a desvalorização profissional a falta de materiais, a demora nos consertos e as reclamações médicas, que ocorrem diariamente. Todos esses fatores são desmotivadores no que se refere à realização das atividades profissionais.

*Falta de materiais e equipamentos adequados. A demora nos consertos de materiais. E a reclamação do médico diariamente desvaloriza o cuidado. (P8)*

Enfatizaram que as reclamações realizadas em relação à escala de trabalho geram desmotivação. Além disso, quando ocorre um cuidado excessivo com a escala dos colegas se cria um ambiente de insatisfação e é desagradável entre a equipe de enfermagem, o que gera insatisfação do enfermeiro que organizou o serviço.

*O fato de você se preocupar com eles arrumando escala de serviço de cada um e sempre tendo reclamação por parte deles ou um cuidando a escala do outro. (P8)*

Inferiu-se que a desmotivação e insatisfação desvalorizam a prática do trabalho da equipe de enfermagem quando relacionado com valor monetário e com a dicotomia entre vida pessoal com a profissional.

*Não, a vida particular não deve interferir na vida profissional, é importante saber claro como está o sentimental do funcionário, porém não deve interferir na sua rotina. (P7)*

Evidenciou-se que os sujeitos se sentiam desmotivados, e este sentimento desencadeou a desvalorização na práxis profissional, pois a insatisfação era percebida pelos enfermeiros na linguagem corporal e no estado emocional abalado da equipe de enfermagem. Isso acaba acarretando um relacionamento desagradável.

*Às vezes, pois parece que muitos trabalham só pelo dinheiro e não porque gostam do que fazem. (P8)*

A desmotivação e a insatisfação levam o profissional a se sentir desvalorizado. Para resolver esses problemas, é necessário identificar, por meio do diálogo, os fatores que estão interferindo no trabalho.

Atentar para tornar-se protagonista de sua valorização, visualizando as dificuldades e criando ações para minimizar e compreender melhor o colega de trabalho, gerando assim um ambiente de trabalho motivado, profissionais satisfeitos e sua práxis profissional valorizada.

## **DISCUSSÃO**

Cabe ressaltar que a motivação na liderança do enfermeiro relaciona o comportamento e a satisfação para referir-se a sentimento. Considera-se que a motivação leva à satisfação, assim como a satisfação aumenta a motivação (LINO, 2004). Todavia, ao se motivar as pessoas, se evidencia a necessidade de resgatar a diferenciação entre satisfação e motivação, pois a motivação surge das necessidades humanas, e a satisfação é considerada o atendimento a uma necessidade ou a eliminação de um problema. Portanto, considerados opostos e não sinônimos (PEREIRA; FÁVERO, 2001).

Para atender à satisfação, motivação e valorização profissional, é necessário um conjunto de prioridades de cada ser humano, pois cada um irá expor suas peculiaridades. A relevância e o interesse acerca da trílogia surgem por elas aparecerem associadas a variáveis importantes, como o bem-estar mental, envolvimento, desenvolvimento, empenho, sucesso e o reconhecimento profissional dos sujeitos (CHAVES, 2009).

A liderança é o processo de conduzir um grupo de pessoas. É a habilidade de motivar e influenciar os liderados para que contribuam da melhor forma possível com os objetivos do grupo/instituição. A motivação se expressa na resolução de conflitos e nas inovações de rotinas, tão importantes para a enfermagem. É também por meio da liderança exercida que o enfermeiro poderá contribuir para o desencadeamento de situações que desmotivam a equipe de enfermagem (DANTAS, 2008).

Independente do local de trabalho e da rotina de cada lugar, a satisfação profissional deve ser discutida, a fim de que os indicadores, compreendidos como as dificuldades e as ações que interferem na motivação profissional, possam ser detectados e minimizados (MATSUDA; ÉVORA, 2005).

A satisfação, motivação e valorização profissional dos enfermeiros se relacionam com o contexto pessoal, pois os profissionais que têm uma vida familiar insatisfatória percebem seu trabalho como o único meio de obter reconhecimento de suas necessidades, fazendo com que o labor assumira uma enorme dimensão na sua vida (MORETTI; TREICHEL, 2003).

A temática proposta não permite padronizações, nem generalizações sobre como o profissional da saúde alcança sua valorização profissional. Pois os indicadores motivacionais se relacionam com as particularidades humanas, já que cada indivíduo tem necessidades e desejos diferentes. Independente da facilidade de convivência e da compreensão que exista entre a equipe profissional, não existem estratégias para todos terem produtividade satisfatória (BEZERRA et al., 2010).

O enfermeiro, ao liderar a equipe de enfermagem, deverá ser, também, um protagonista do seu saber fazer e proporcionar uma qualidade satisfatória para todos os profissionais da enfermagem e alcançar, assim, o reconhecimento e valorização profissional (SCORSIN; SANTOS; NAKAMURA, 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa proporcionou identificar a relação entre motivação e satisfação na valorização do exercício profissional do enfermeiro. Além disso, foi possível alcançar o objetivo proposto, e os resultados mostraram que o desafio para o trabalho do enfermeiro torna-o um protagonista do seu labor.

Para a motivação e satisfação do enfermeiro, foram atribuídos diferentes valores, crenças, atitudes, posturas, entre outros sentimentos, específicos de cada um. Tornou-se visível a necessidade de um conjunto de elementos que possam contribuir para obter a valorização profissional destes indivíduos no seu trabalho.

O enfermeiro, em sua essência, dispõe de saberes para coordenar, liderar, motivar sua equipe de saúde para que todos se sintam satisfeitos e valorizados pelo seu trabalho desempenhado. Por mais que esta não seja uma tarefa fácil, deve ser aplicada no dia a dia com seus colegas, com o

intuito de minimizar desentendimentos e situações que possam prejudicar o andamento da unidade e o atendimento prestado ao cliente.

A enfermagem aumenta, cada vez mais, seu campo de atuação, diferente de tempos atrás, quando atuava restritamente em áreas hospitalares. O enfermeiro é o ator principal do seu exercício profissional, responsável por sua equipe e deve despertar a motivação nos seus colegas para que o local de trabalho seja harmonioso e tranquilo, deve mostrar interesse no que se refere à satisfação das pessoas e valorização do seu trabalho e dos demais profissionais.

Constatou-se que a trílogia motivação, satisfação e valorização são inquietações singulares de cada indivíduo e que a inexistência desses sentimentos impossibilita o desenvolvimento de qualquer atividade no saber fazer profissional do enfermeiro. Logo, compreende-se que não existem padronizações, regras e normas para fazer com que os aspectos relacionados a essa trílogia sejam postos em prática, mas eles são imprescindíveis para um excelente trabalho em equipe, o que favorece um bom atendimento prestado ao paciente.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, F. D. et al. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 33-37, 2010. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/rxy443>>. Acesso em: 04 abr. 2011.

BRASIL. Resolução nº 196/96. Pesquisa em seres humanos. **Revista Bioética**, p. 36-8, abr./jun. 1996.

CARVALHO, G.; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. **Arq Ciênc Saúde. Rev ciência da saúde**, v. 13, n. 4, p. 215-219, 2006. Disponível em: <<http://bit.ly/1GeFeS2>>. Acesso em: 04 abr. 2011.

CHAVES, L. C. **Estudo da satisfação profissional do enfermeiro do trabalho no Brasil**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

DANTAS, C. de C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem:** enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LINCH, G. F. da C.; Guido, L. de A.; Fantin, S. de S. Enfermeiros de Unidades de Hemodinâmica do Rio Grande do Sul: Perfil e satisfação Profissional. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 488-495, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/1JKvd1n>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

LINO, M. M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de terapia intensiva.** 2004. 223 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://bit.ly/1Ghq-gr9>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, D. M. Satisfação profissional em uma UTI adulto: subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. **Nursing**, v. 56, n. 6, p. 22-27, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

MORETTI, S.; TREICHEL, A. Qualidade de vida no trabalho e auto-realização humana. **Revista Leonardo Pós-órgão de Divulgação Científica e Cultural do ICPG**, Blumenau, v. 3, n. 1, p. 73-80, 2003. Disponível em: <<http://bit.ly/1GsEZnN>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

OLIVEIRA, M. L. de. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro: AB editora, 2007.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001. Disponível em: <<http://bit.ly/1uPHHfa>>. Acesso em: 04 abr. 2011.

SCORSIN, L. M.; SANTOS, M. S.; NAKAMURA, E. K. A qualidade de vida no trabalho da enfermagem e seus reflexos na satisfação pessoal. **Revista Enfermagem**, 2008.



# MINICURRÍCULOS



### **ADRIANA DALLASTA PEREIRA**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutoranda do Programa de Doutorado Interinstitucional Novas Fronteiras (DINTER - UNIFESP/UFRJ/UFSM). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde.

### **ALINE COSTA LOPES**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Enfermeira Assistencial do Hospital Tacchini em Bento Gonçalves.

### **ANDRESSA DE OLIVEIRA ZAMBRANO**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Especialista em Psicanálise Humanista e Psicanalista em Formação do Instituto de Psicanálise Humanista (2012-atual), Santa Maria, RS. Enfermeira assistencial e responsável pelo controle de infecção hospitalar (CCIH) do Hospital Cauzzo & Meirelles - Policlínica (mar. 2013, jul. 2014), Santa Maria, RS. Membro da Organização Não Governamental Comitê Ecumênico para o Desenvolvimento Social (dez. 2013, jan./fev. 2014), Maputo, Moçambique, África.

### **BARBARA LEÃO DE BRUM**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Professora visitante do Centro Brasileiro de Cursos e Enfermeira da Prefeitura Municipal de Dilermando de Aguiar.

### **CAMILA CUSTÓDIO GUEDES**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Enfermeira em Unidade de Pronto Atendimento em São Gabriel, RS. Foi bolsista voluntária do Projeto Assistência Multidisciplinar Ampliada e Integral aos Portadores da Doença de Alzheimer da Pró-reitoria de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Franciscano e bolsista

voluntária do Projeto Promovendo o viver saudável de usuários do crack do município de Santa Maria, RS.

### **CARLA KOWALSKI MARZARI**

Graduada em Enfermagem e Licenciatura pelo Centro Universitário Franciscano (2000), Especialista em Educação Profissional na área da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2003), Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2007). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: empreendedorismo na enfermagem, saúde coletiva, políticas de saúde e captação de doadores de sangue. Docente do Centro Universitário Franciscano, coordenadora de estágios em saúde coletiva e Tutora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da mesma instituição.

### **CARLA LIZANDRA DE LIMA FERREIRA**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1992), Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutoranda pela Universidade Federal de São Paulo. Professora do Centro Universitário Franciscano. Membro do Grupo de Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde do Centro Universitário Franciscano e dos Grupos de Pesquisa Cuidado às Pessoas, Família e Sociedade e Cuidar em Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria.

### **CIBELE FILIPINI DA ROSA**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2013). Atua na Empresa UNI-RIM, Clínica de Doenças Renais de Santa Cruz do Sul.

### **CIRCÉA AMALIA RIBEIRO**

Graduada em Enfermagem com Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1973), Mestre em Enfermagem Pediátrica (1986) e Doutora em Enfermagem pela mesma instituição (1999). Atualmente é Professora Associada do Departamento de Enfermagem Pediátrica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade

Federal de São Paulo, atuando na Disciplina de Puericultura e Pediatria Social. Pesquisadora líder do Grupo de Estudos do Brinquedo e pesquisadora do Grupo de Estudos em Puericultura, ambos cadastrados no CNPq. Presidente da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. Orientadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - níveis Mestrado e Doutorado nas Linhas de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde na Dimensão Coletiva e Fundamentos, Métodos e Processos e Tecnologias em Enfermagem e Saúde, desenvolvendo estudos com ênfase em Pesquisa Qualitativa pela Universidade Federal de São Paulo (1999).

### **CLAUDIA MARIA GABERT DIAZ**

Graduada em Enfermagem e em Licenciatura pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1994), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). É enfermeira da Universidade Federal de Santa Maria e docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, em regime parcial. Atualmente é aluna regularmente matriculada no Programa de Doutorado Interinstitucional Novas Fronteiras (DINTER - UNIFESP/UFRJ/UFSM). Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde; saúde da mulher; gestão e gerenciamento em enfermagem. É integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerenciamento da Universidade Federal de São Paulo.

### **CLÁUDIA ZAMBERLAN**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia e em Licenciatura em Enfermagem pelas Faculdades Franciscanas (1998), Mestre em Enfermagem (2005) e Doutora em Enfermagem (2013) pela Universidade Federal do Rio Grande, RS. Atualmente é enfermeira Assistencial na Unidade de Cardiologia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria e Docente do Centro Universitário Franciscano. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde do Centro

Universitário Franciscano e do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde da mesma instituição.

### **CRHIS NETTO DE BRUM**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM - 2007). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da mesma instituição (2013). Especialista em Saúde Coletiva: ênfase em saúde da família pela Faculdade Santa Clara (2007). Licenciada em Educação pelo Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional da UFSM (2012). Atualmente é Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/ Campus Chapecó e Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estudante do Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem e do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade da UFSM.

### **CRISTIANA SCHUCH**

Graduada em Enfermagem Bacharelado e Licenciatura Plena pelo Centro Universitário Franciscano (2006). Enfermeira Responsável Técnica do Hospital Casa de Saúde de Santa Maria.

### **DAIANA DAL FORNO SILVA**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2010).

### **DIRCE BEATRIZ MARQUARDT LUCIO**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1986) e Mestre em Educação pelas Faculdades Franciscanas (1998). Docente Assistente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano e Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria, RS.

### **DIRCE STEIN BACKES**

Graduada em Licenciatura Plena e Habilitação Enfermagem em Saúde Pública pelas Faculdades Franciscanas de Santa Maria, RS (1997), Mestre em

Enfermagem e Saúde pela Fundação Universidade Federal do Rio Grande (2003-2004), Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (2008) e Doutorado Sanduíche na Universität Bielefeld, Alemanha (2008). Estágio Pós-doutoral na University of Applied Sciences/HO, Alemanha (2013-2014). Enfermeira assistencial e Enfermeira Chefe do Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo de Santa Maria, RS (1998-2003); Gerente do Serviço de Enfermagem da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, RS (2003-2005). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS e colaboradora no Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande, RS.

### **FRANCIÉLI FONTOURA SCHIRMANN**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Enfermeira Assistencial na Empresa Hospital Santa Isabel - Sociedade Divina Providencia, Blumenau, SC.

### **GABRIÉLI GAZZOLA FAVARIN**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012).

### **GRASSELE DENARDINI FACIN DIEFENBACH**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2005) e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul PPGENF/UFRGS (2011). Docente e Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo de Enfermagem e Saúde do Centro Universitário Franciscano.

### **HILDA MARIA BARBOSA DE FREITAS**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pelas Faculdades Franciscanas (1997), Especialista em Terapia Intensiva e Família na Contemporaneidade; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007). Doutora em Ciências pela UNIFESP. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano e Enfermeiro Assistencial da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico – HUSM. Membro do GEPESES (Centro Universitário Franciscano); Membro do Grupo de Estudos em Puericultura - UNIFESP. Coordenadora da Especialização e do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Franciscano e Tutora dos grupos Pro-Saúde e PET-Saúde Materno-infantil da mesma instituição.

### **JEAN PIERRE PARABONI ILHA**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Maria (1997), Especialista em Pediatria com área de atuação em Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica. Atualmente é médico e responsável técnico da UTI pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria, presta consultoria pediátrica na Neo Clínica Infantil e Juvenil, é intensivista pediátrico do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica. Docente do Centro Universitário Franciscano.

### **JÉSSICA TORRES GASEL**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Enfermeira Assistencial na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – HUSM.

### **JOCIÉLEN CAETANO ROSA**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2013).

### **JULIANA PELEGRINI**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012).

### **JULIANA SILVEIRA COLOMÉ**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (2005), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007) e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande (2014). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. Atualmente é professora assistente do Centro Universitário Franciscano e Tutora do Pró-Saúde e PET-Saúde na mesma instituição.

### **JULIANA TREVISAN CASARIN**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Foi bolsista do projeto de extensão PROBEX: Promovendo Saúde e Qualidade de Vida no Grupo Coração Amigo. Desempenhou atividades de estágios extracurriculares no Serviço de Hemoterapia de Santa Maria, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria e no programa Primeira Infância Melhor. Tem como linha de pesquisa e atuação Enfermagem Cardiológica e Intensivista.

### **KARINE CÁCERES MACHADO**

Graduada em Licenciatura Plena em Enfermagem e em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2001). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (2008). Atualmente é professora assistente do Centro Universitário Franciscano.

### **KARLA CRISTIANE OLIVEIRA SILVA**

Graduada em Enfermagem (2007) e Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem - linha de pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde (2009) pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente substituta da UFSM (2010). Professora Assistente no Centro Universitário Franciscano desde 2010. Em 2011, começou a ministrar aulas no Curso de Pós-graduação *lato sensu* em Terapia Intensiva - ênfase em Oncologia e Infecção Hospitalar, na mesma instituição. É membro efetivo do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Saúde com estudos nas áreas de Bioética,

Terapia Intensiva, Humanização do cuidado e Tanatologia no Centro Universitário Franciscano.

### **KATIANE SEFRIN SPERONI**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012), Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM - 2014/2015), Especialista em Enfermagem do Trabalho (UNITER - 2013), Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde (UFSM - 2014) e Especialista em TIC Aplicada à Educação (UFSM - 2014).

### **LAURINES BUDEL POSSEBON**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1995) e habilitação em Licenciatura em Enfermagem pela mesma instituição (1995). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica.

### **MACILENE REGINA PAULETTO**

Graduada em Enfermagem e em Licenciatura em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (1999), Especialista em Enfermagem em Nefrologia pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (2013). Atualmente é Enfermeira do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário de Santa Maria e integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem (UFSM). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Nefrologia.

### **MARA GLARETE RODRIGUES MARINHO**

Graduada em Enfermagem Licenciatura pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1988) e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Atualmente é professora assistente do Centro Universitário Franciscano.

### **MARA REGINA CAINO TEIXEIRA**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia e em Licenciatura Plena em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1985); Especialista em Pedagogia da Enfermagem Médico-cirúrgica pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1985-1986), Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Maria (1989-1990) e Mestre em Educação pelas Faculdades Franciscanas (1996-1998). Docente do Centro Universitário Franciscano. Doutoranda do Programa de Doutorado Interinstitucional Novas Fronteiras (DINTER - UNIFESP/UFRJ/UFSM). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde do Centro Universitário Franciscano e do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

### **MARIA HELENA GEHLEN**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (1999) e Mestre em Educação pela mesma instituição (2002). Atualmente é docente do Centro Universitário Franciscano e Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde (Centro Universitário Franciscano).

### **MARIANA COMASSETO DE AGUIRRE**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano. Enfermeira do Núcleo de Apoio a Saúde da Família na Prefeitura Municipal de Saúde de Anchieta, SC.

### **MARTHA HELENA TEIXEIRA DE SOUZA**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira com habilitação em Saúde Pública (1984). Especialista em Nutrição em Saúde Comunitária pelo Centro Universitário Franciscano (1996) e Saúde Coletiva pela mesma instituição (1997). Mestre Multidisciplinar em Geomática pela Universidade Federal de Santa Maria (2008). Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo

(2013). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (Centro Universitário Franciscano). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano e Tutora PET-Saúde Redução de Danos na mesma instituição.

### **MICHELLE ARAUJO DA SILVA GRACIOLI**

Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Franciscanas (1996), Especialista em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Franciscano (1998) e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Atualmente é Professora Assistente e Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano.

### **MICHELE QUINHONES PEREIRA**

Graduada em Educação Especial - Deficientes da Audiocomunicação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM - 2001), Especialista em Educação Especial - Deficientes da Audiocomunicação (2002) e Mestre em Educação pela mesma instituição (2006). Atuou como Educadora e Coordenadora Pedagógica na APAE e como Professora Substituta de Ensino de 3º Grau na UFSM.

### **NIDIANE NASCIMENTO DE OLIVEIRA**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2011).

### **REGINA GEMA SANTINI COSTENARO**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1992), Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (1996) e Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Atualmente é professora adjunta nos cursos de Enfermagem e Psicologia do Centro Universitário Franciscano. Atualmente é professora adjunta nos cursos de Graduação em Enfermagem e Psicologia, bem como no Programa de Mestrado Profissional Materno Infantil do Centro Universitário Franciscano. Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde - GIPES.

### **ROSIANE FILIPIN RANGEL**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2009) e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (2011). Docente do Centro Universitário Franciscano e Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo de Enfermagem e Saúde pela mesma instituição.

### **SHEILA DORNELES**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2000).

### **SIMONE DOS SANTOS NUNES**

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM - 1990). Especialista em Administração - Gerência de Serviços (2000) e Mestre em Geomática pela mesma instituição (2012). Professora no curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano. Enfermeira na Universidade Federal de Santa Maria, no Centro de Transplante de Medula Óssea. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### **SIMONE BARBOSA PEREIRA**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Enfermeira obstetra pelo Programa de Residência em enfermagem obstétrica pela mesma instituição (2015).

### **SILVANA MATIOLLO**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012). Atua como enfermeira na Unidade de Pronto Atendimento Coronel Vivida, no Paraná.

### **SUELEN GULART PORTALETTE**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2013). Atualmente trabalha como técnica de enfermagem da Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos de Santa Maria, no Pronto Atendimento do

Hospital Universitário de Santa Maria e no setor de Hemato-oncologia pediátrico do mesmo hospital.

### **UBALDINA SOUZA E SILVA**

Atualmente é Diretora do Hospital Casa de Saúde e Presidente da Associação Franciscana de Assistência à Saúde.

### **VANETY SILVA ROCHA**

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1991), Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas São Camilo (1997) e Especialista em Enfermagem em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Fundação Universitária de Cardiologia (2008). Atualmente é Enfermeira da Hemocor Cardiologia Intervencionista Ltda. e da Universidade Federal de Santa Maria.

### **VIVIANE QUEIROZ FLAIN**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2011). Enfermeira assistencial no Hospital Universitário de Santa Maria (08/2013), atuando em Pediatria.

### **ZANANDRIA MEICHTRY MARQUES**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (2012).



Com esta obra, pretende-se demonstrar o conhecimento produzido pelo Curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano, por meio dos Trabalhos Finais de Graduação. Cada capítulo, resultado dessa produção, permite a leitura de contextos diversificados referentes ao cuidado de enfermagem por diferentes metodologias. Assim, enfatiza-se um panorama geral das produções científicas realizadas pelo curso e salienta-se que esta é uma produção coletiva que permite demonstrar com maior dinamismo a produção acadêmica.

